

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 172

LES

TUMEURS DU LIGAMENT ROND DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Georges-Philippe LE GALL

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BREST (Finistère), le 17 février 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		BÉGOIN, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 172

LES
TUMEURS DU LIGAMENT ROND
DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1933

PAR

Georges-Philippe LE GALL

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BREST (Finistère), le 17 février 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LÂNDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNERNEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
id.....	DELMAS-MARSALET.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....	Clinique dentaire.....		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA FEMME

A MON PERE

A MA SOEUR ET A MON FRERE

A MON BEAU-PERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

AU DOCTEUR LEPEUPLE

Médecin en chef de 2^e classe de la Marine.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma reconnaissance pour les conseils qu'il m'a prodigués au début de mes études médicales.

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST
ET DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies.*

Commandeur de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique.

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital André-Boursier,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Membre correspondant des Sociétés de Gynécologie
de Philadelphie, de Bucarest et du Brésil,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il nous soit permis de le remercier
ici du grand honneur qu'il a bien voulu
nous faire en acceptant la présidence de
cette thèse, dont il nous a inspiré le
sujet.

LES

TUMEURS DU LIGAMENT ROND

DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

La pathologie du ligament rond est des plus simples : on n'y rencontre guère que les tumeurs qui font l'objet de cette étude.

Ces tumeurs sont relativement rares, mais bien moins que ne se l'imaginent la plupart des auteurs, qui se basent, pour étayer leur opinion, quand ils publient un nouveau cas, sur les travaux déjà anciens de Delbet et Heresco pour les fibromes et de Chevassu pour les adénomyomes.

Nous devons reconnaître que la littérature médicale moderne française n'est pas très riche sur ce sujet.

Le premier cas fut signalé par Walter en 1796. Il s'agissait d'une tumeur découverte au cours d'une autopsie. Ce n'est qu'en 1863 que Spencer Weles décrit les deux premiers cas opérés.

Delbet et Heresco, en 1896, ne connaissent que 16 observations quand ils publient leur travail sur « Les fibromes de la portion intra-abdominale du ligament rond ». Guinard, en 1898, rassemble 18 cas intéressant la portion extra-abdominale du ligament. Dès 1903, Desnier, dans sa thèse, relève déjà 79 cas de tumeurs du ligament rond.

En 1910, Chevassu fait paraître, pour la première fois en France, un travail sur les adénomyomes du ligament rond. Il a eu la bonne fortune de découvrir un glomérule rénal dans un adénomyomé extra-inguinal du ligament rond, apportant ainsi une preuve à la théorie de Recklinghausen sur l'origine wolffienne de ces tumeurs.

Depuis cette époque, nous ne trouvons en France, comme étude complète sur ce sujet, que la thèse de Vienne en 1926.

Nous devons toutefois citer les travaux de Michon et Comte sur l'adénomyomatose en général et sur l'adénomyome du ligament rond en particulier.

La littérature étrangère, et en particulier la littérature allemande, est beaucoup plus riche sur le sujet qui nous occupe. Nous devons citer Recklinghausen, Hofmolk...

Il nous faut spécialement mentionner Taussig, qui, en 1914, en publiant un cas de sarcome du ligament rond, dans *Surgery, gynecology and obstetrics*, a fait une revue des cas parus à ce moment. Il en a trouvé 141.

Les diverses théories sur la pathogénie de l'adénomyomatose ont été surtout étudiées par Lauche, en Allemagne, et Sampson aux Etats-Unis.

Depuis Taussig, de nombreux cas nouveaux ont été publiés. Nous avons pu en relever près de 250, et il est certain qu'il en existe encore plus dans la littérature médicale actuellement, car il en paraît de plus en plus, au fur et à mesure que l'attention est attirée sur ce sujet.

ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE

I. — Anatomie.

Lorsque l'on fait l'étude anatomique de l'appareil génital de la femme, on trouve deux ligaments d'une couleur rouge pâle, jamais tendus sur le cadavre, qui s'étendent des angles latéraux de l'utérus à la grande lèvre, où ils s'épanouissent après avoir traversé le canal inguinal : ce sont les « cordons sus-pubiens » de Chaussier, « inguinaux-pubiens » de Hefle et Farabeuf, désignés plus communément sous le nom de « ligaments ronds de l'utérus ».

Leur développement est variable. Ils ont en moyenne 13 cm. 5 de longueur. Cylindriques dans leur portion iliaque, où ils ont environ 5 mm. 5 de diamètre, ils sont aplatis à leur naissance de l'utérus, tandis qu'ils s'effilent à leur extrémité opposée (puisqu'ils n'ont plus qu'un diamètre de 3 millimètres à leur entrée dans le canal inguinal) pour s'épanouir ensuite en éventail en sortant de ce canal.

Leur résistance, qui peut aller jusqu'à 5 kilos (Lanz), est quelquefois si faible que des chirurgiens les ont déchirés involontairement en voulant les attirer au dehors, dans l'opération d'Alquier-Alexander. Leur direction est également variable, puisqu'elle est subordonnée à celle de l'utérus. Ils se portent généralement en bas, en dehors et en avant, en suivant un trajet curviligne.

Si, du point de vue clinique, on distingue deux portions : intra-abdominale et pariétale, il nous semble préférable

d'adopter, dans un exposé anatomique, la division de Waldeyer en :

- 1° Portion utérine;
- 2° Portion intraligamentaire;
- 3° Portion iliaque;
- 4° Portion inguinale;
- 5° Portion pré-inguinale.

1° PORTION UTÉRINE. — Elle s'insère sur le bord latéral de l'utérus, un peu au-dessous de la trompe. Assez large et mal limitée, elle se confond avec les faisceaux musculaires qui, partis du corps utérin, convergent tous vers le ligament rond, dans la lame antérieure du ligament large.

Cette portion descend en avant de la branche supérieure de l'artère utérine, sans faire saillie sous le péritoine.

2° PORTION INTRALIGAMENTAIRE. — Presque horizontale, elle soulève la lame antéro-inférieure du ligament large, formant ainsi l'aileron antérieur ou funiculaire de celui-ci, qui sépare la fosse obturatrice de la fosse paravésicale.

Le ligament rond est alors situé en avant et en dedans de la trompe et de l'ovaire, en arrière et en dehors de la vessie : « Il repose dans la base du ligament large et se porte vers le point d'entre-croisement des vaisseaux utérins avec l'uretère, puis sur ces vaisseaux, sur l'artère et les veines vaginales » (Waldeyer), sur les vaisseaux et nerfs obturateurs, sur le cordon de l'artère ombilicale, qu'il croise sous un angle variable avec la situation de l'utérus et l'état de la vessie.

Ces rapports nous font comprendre la possibilité de compression de l'uretère et des vaisseaux utérins par une tumeur volumineuse du ligament rond.

3° PORTION ILIAQUE. — Toujours sous le péritoine, le ligament rond devient oblique en haut et en avant, puis, « avant de pénétrer dans l'anneau inguinal profond, il décrit, comme le déférent chez l'homme, une courbe à concavité interne qui embrasse l'anse à concavité supérieure des vaisseaux

épigastriques » (Rieffel). Cette portion, recouverte par les anses intestinales, surcroise à angle aigu, à partir du détroit supérieur, le muscle psoas, la veine et l'artère iliaque externe, le nerf génito-crural.

4° PORTION INGUINALE. — Dans le canal inguinal, qu'il traverse dans toute son étendue, le ligament rond est longé : par les vaisseaux funiculaires qui le contournent de sa partie inférieure à sa partie externe; par le rameau génital du génito-crural à sa partie externe. Il est également accompagné par le muscle cremaster externe et recouvert à sa partie supérieure par un petit prolongement du fascia transversalis. Il est séparé de l'arcade crurale par des lobules graisseux que l'on trouve surtout dans la moitié inférieure du canal et qui sont décrits parfois sous le nom de « bouchons d'Imlach ».

A l'extrémité opposée du canal, revêtant les parties antérieures et supérieures du ligament rond, et assez adhérent à lui, on trouve un petit cul-de-sac péritonéal, qui, vu par la cavité abdominale, forme la fossette inguinale externe et qui n'est autre que le vestige du canal de Nüek. Ce canal, dont Duplay, Beurnier, Debierre contestent d'une façon absolue l'existence, même chez le fœtus, persiste pourtant exceptionnellement chez l'adulte et peut être l'origine d'hydrocèle, kyste, hernie...

5° PORTION PRÉ-INGUINALE. — Si le ligament rond ne se dissocie pas déjà dans le canal inguinal et reste bien développé (ce qui est le cas des femmes jeunes et fortes), il apparaît entre les deux piliers, oblique ou presque vertical, flanqué d'une ou deux veines funiculaires. Il est recouvert d'une mince lame celluleuse qui s'insère au pourtour de l'anneau et le sépare en bas du rameau génital du génito-crural, en avant de la branche vulvaire du nerf ilio-inguinal et des ramifications pubiennes des vaisseaux honteux externes.

Il abandonne dans son trajet des fascicules profonds qui se terminent sur les parois fibreuses du canal. L'un d'eux, en particulier, s'unit constamment au ligament de Colles.

Les autres faisceaux s'éparpillent dans la grande lèvre. Certains remontent vers le mont de Vénus, ou se dirigent vers l'aîne; d'autres vont prendre des attaches profondes au pubis, à la symphyse, à l'aponévrose périnéale. Dans 4 p. 100 des cas, d'après Edebohls, le ligament rond se courbe derrière le muscle transverse et se fixe à la moitié externe de l'arcade de Fallope et à la partie avoisinante du fascia transversalis.

Le ligament rond est constitué par un axe conjonctivo-élastique entouré d'une gaine musculaire. De l'utérus à l'anneau inguinal profond, il a de plus une enveloppe péritonéale, presque complète à la partie moyenne, très imparfaite à ses deux extrémités.

La gaine musculaire comprend :

1° Des fibres lisses, qui naissent à la face antérieure de l'utérus, s'étendent rarement au delà du détroit supérieur et reçoivent leur innervation du plexus utérin;

2° Des fibres striées, qui partent de l'épine du pubis, de la paroi inférieure du canal inguinal, des muscles petit oblique et transverse, remontent jusqu'à l'artère iliaque externe, et parfois jusque près de l'utérus, engainant alors les éléments lisses. Elles sont innervées par le rameau génital du nerf génito-crural. La portion pré-inguinale est exclusivement conjonctivo-élastique.

Pendant la grossesse, à partir du cinquième mois surtout, les ligaments ronds s'hypertrophient, particulièrement dans leurs éléments musculaires. Ils augmentent de longueur et prennent une direction verticale, par suite des changements de volume et de place de l'utérus.

Nous avons remarqué, en étudiant la structure du ligament rond, que les fibres musculaires lisses et striées n'ont pas le même point de départ. De même, le système artériel a une double origine.

Les fibres lisses et le péritoine qui recouvre le ligament sont irrigués par douze à dix-huit rameaux nés de la portion marginale de l'artère utérine. Les fibres striées reçoivent

leurs artérioles de la funiculaire, branche elle-même de l'artère épigastrique.

Les deux systèmes ne communiquent entre eux que par des anastomoses insignifiantes. Toutefois, un des rameaux funiculaires, plus important que les autres et désigné sous le nom d'artère du ligament rond, remonte dans l'axe de celui-ci et se porte vers l'utérus en s'anastomosant avec l'utérine.

Les veines qui accompagnent les artérioles s'anastomosent entre elles à la surface du ligament. Elles communiquent avec les veines utérines et celles des grandes lèvres. La principale se jette dans l'origine de la veine iliaque externe ou dans l'une des épigastriques. Les autres traversent le canal inguinal et vont se terminer à la crosse de la saphène interne.

Les veines du ligament rond, si insignifiantes à l'état habituel, acquièrent une grande importance pendant la grossesse. « Alors, en effet, les veines iliaques primitives et la veine-cave inférieure se trouvent comprimées par l'utérus. Le sang apporté par les veines utérines ne pénètre que difficilement dans les veines iliaques internes; aussi voit-on les veines utéro-ovariennes se développer pour suppléer à leur insuffisance (pour la même raison, les veines du ligament rond se développent aussi), et comme la veine externe n'est pas plus libre que l'interne, le sang, au lieu de pénétrer dans le tronc, reflue vers le plexus des veines sous-cutanées qui s'hypertrophient considérablement. » (Sappey.)

Quelques lymphatiques venus du fond de l'utérus suivent le ligament. Ils se jettent dans les ganglions inguinaux supérieurs ou dans les ganglions iliaques. Ils sont si fins et si peu nombreux que leur existence a pu être mise en doute (Leveuf et Godard).

Quant aux ganglions, leur présence paraît être une rareté. On en a signalé, une fois, un sur la portion intra-inguinale du ligament rond (Villar), et un autre contre le ligament rond droit, au-dessous de la corne utérine (Prof. Guyot).

II. — Embryologie.

Chez l'embryon, sur le côté de la capsule surrénale, qui est volumineuse, on trouve un organe étroit et allongé : c'est le rein primordial.

Un repli péritonéal rattache ce rein primordial à la paroi. Ce méso se prolonge jusqu'à la région inguinale. Il contient un cordon résistant, conjonctif et creux, qui est le ligament inguinal du rein primordial. Ce ligament deviendra chez le mâle le ligament de Hunter (*Gubernaculum Hunteri*); chez la femelle, il donnera le ligament rond de l'utérus (*Hertwig*).

Au moment où les reins primitifs commencent à s'atrophier (3^e mois), les ovaires descendent déjà de la région lombaire vers le grand bassin. Le ligament inguinal du rein primordial se divise en trois segments distincts du fait qu'il contracte une adhérence intime avec les canaux de Müller, au point où ces derniers se trouvent accolés dans le cordon génital, jusqu'à la région inguinale. La portion inférieure devient le ligament rond.

Au niveau du canal inguinal, on trouve, comme dans le sexe mâle, une petite évagination du péritoine : le diverticule péritonéo-vaginal, qui peut persister sous le nom de canal de Nück.

PLAN DE LA THESE

Nous venons d'étudier l'anatomie et l'embryologie du ligament rond. Nous allons aborder maintenant l'étude des tumeurs qui peuvent se développer aux dépens de ce ligament.

Nous diviserons notre travail en trois grands chapitres.

Le premier sera consacré à l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces tumeurs extra-abdominales et intra-abdominales. Dans les chapitres suivants nous étudierons séparément ces tumeurs.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE DES TUMEURS EXTRA ET INTRA-ABDOMINALES DU LIGAMENT ROND

I. — *Etiologie.*

Les tumeurs du ligament rond manifestent leurs premiers symptômes à des âges variables. La tumeur n'a jamais fait son apparition après la ménopause. Mais elle a pu paraître quelques mois avant (Duplay) ou prendre à ce moment un développement rapide.

Le manque de renseignements sur les antécédents héréditaires nous laisse supposer qu'il n'y a rien à signaler de ce côté.

Dans les antécédents personnels on note parfois l'existence d'un traumatisme qui aurait révélé la tumeur. Cette origine traumatique est discutable. Il n'y a qu'un seul cas net : celui de Heydemann : « En soulevant un objet pesant, la malade avait ressenti une douleur subite et aiguë dans l'aîne droite. En palpant cette région, elle remarqua, peu de temps après, l'existence d'une petite tumeur ». Mais, même dans ce cas, nous devons faire des réserves, en remarquant que depuis plusieurs années elle souffrait de la région inguinale droite au moiment des règles.

Bien plus intéressants sont la notion de l'existence d'une hernie inguinale et le port d'un bandage dans les années qui précèdent la découverte de la tumeur. Le microtraumatisme produit par l'appareil ne favoriserait-il pas le développement d'un fibrome, d'un adénomyome, ou même d'une tumeur maligne?

Ces fibromes se développent de préférence chez les multipares, et un grand nombre de malades se sont aperçues de l'existence de leur tumeur à la suite d'un accouchement. Toutefois, on peut en trouver chez des nullipares, dans la proportion de un cinquième des cas que nous avons étudiés à ce sujet, et, somme toute, les femmes qui ont des enfants sont plus nombreuses que celles qui n'en ont pas. Donc, toutes proportions gardées, la grossesse ne nous paraît pas être une cause bien déterminante.

Quelle est donc l'origine de ces tumeurs? C'est ce que nous essaierons d'élucider en étudiant la pathogénie.

II. — *Anatomie pathologique.*

Les tumeurs que l'on trouve au niveau du ligament rond peuvent être solides ou liquides.

Les tumeurs liquides sont constituées par les kystes du canal de Nüek.

Les tumeurs solides peuvent être :

bénignes : ce sont les fibromes, lipomes et adénomyomes;

malignes : épithéliomas, sarcomes.

A. — Fibromes et lipomes.

Le volume des tumeurs intra-pelviennes varie de la grosseur d'un pois à celle de la tête d'un fœtus. Elles peuvent atteindre un volume bien plus considérable : jusqu'à 12 kilos, comme dans le cas de Léopold. Elles sont toujours pédiculées. Ce pédicule peut avoir un développement variable. Dans le cas de Kleinwachter, il n'était pas plus gros qu'un crayon, bien que le fibrome pesât près de 12 kilos; dans celui de Delbet, il était formé par une lame étalée sur plusieurs centimètres. Si le pédicule s'amincit, la nutrition devient insuffisante et l'on assiste à une dégénérescence myxomateuse, comme pour les fibromes utérins pédiculés de gros volume.

Le pédicule s'implante en général près de l'utérus. On constate un élargissement des éléments du ligament rond, qui semble s'épanouir à la surface de la tumeur.

Les fibromes intra-abdominaux du ligament rond peuvent contracter des adhérences avec les organes pelviens. Ces adhérences secondaires peuvent être assez importantes pour compliquer l'opération.

Les tumeurs extra-pelviennes sont en général plus petites. Elles dépassent rarement le volume d'un œuf de poule. Les plus grosses sont celles de la grande lèvre. Elles se prolongent presque toujours dans le canal inguinal par un pédicule qui les rattache au ligament rond. Celles de la grande lèvre en particulier semblent appendues, comme une poire, dont elles ont la forme, à l'orifice superficiel du canal.

Quelle que soit la région du ligament d'où la tumeur est extirpée, elle présente toujours une grande analogie de structure.

Le type classique en est le fibromyome. Il est entouré d'une sorte de capsule, coque, conjonctive à disposition lamellaire, plus ou moins épaisse, entourant complètement et reliant entre eux les divers lobules (quand il en existe plusieurs). Elle contient un plus ou moins grand nombre de vaisseaux, souvent variqueux. Parfois, au-dessous de cette capsule, il existe du tissu adipeux, divisé par des travées conjonctives réunissant la coque au reste de la tumeur.

Au centre du lobule, on trouve du tissu conjonctif et du tissu musculaire lisse. L'un ou l'autre prédomine, et on peut avoir toute une gamme de tumeurs, depuis le fibrome pur jusqu'au myome pur. Les fibres musculaires sont groupées en noyaux et tassées les unes contre les autres.

Le fibrome est plus ou moins riche en vaisseaux. Ils ont une paroi propre, qui présente fréquemment des lésions d'endarterite, avec prolifération de l'endothélium. En certains points des coupes, et particulièrement près de la membrane d'enveloppe, on peut trouver des vacuoles dont la paroi reproduit la structure de celle des capillaires. Il peut y avoir

tous les stades intermédiaires entre les capillaires normaux et les vacuoles. Quelques vacuoles n'ont pas de paroi propre; d'autres ont une paroi incomplète, d'autres, enfin, à côté d'un endothélium normal, ont un endothélium proliféré. Il y a autour des vaisseaux de l'infiltration leucocytaire. Dans les vacuoles, on ne trouve jamais de pigments sanguins, mais des masses granuleuses albuminoïdes analogues à celles que l'on rencontre dans l'œdème.

Les fibromes du ligament rond présentent souvent des foyers de ramollissement plus ou moins étendus, qui peuvent parfois aboutir à la transformation kystique.

À côté de la dégénérescence kystique, nous pouvons citer la transformation lymphangiectasique du cas de Léopold, le fibrome crétacé de Duncan, le fibromyome à dégénérescence muqueuse de Delbet.

On constate aussi parfois une transformation maligne de la tumeur : cas de Sängér. Enfin, on peut rencontrer des tumeurs mixtes : fibromyxome (Walther), fibrolipome (Witte).

Les lipomes sont aussi entourés d'une capsule cellulo-fibreuse qui semble l'expansion du pédicule. Leur centre est formé de tissu adipeux, qui ne se distingue du tissu adipeux normal que par une lobulation moins nette et un aspect plus compact à la coupe. La coloration est blanchâtre, comme celle de la graisse du jeune âge. Entre les lobules, on trouve de nombreuses cloisons conjonctives et des capillaires.

B. — Adénomyomes.

La tumeur extirpée se présente sous l'aspect d'une masse mal limitée, ayant contracté des adhérences plus ou moins fortes avec les plans profonds. Elle a, en général, des rapports intimes avec le ligament rond, qui se renfle pour l'entourer ou s'implante sur elle, ou encore semble le pénétrer. Mais le tissu endométrial peut ne pas avoir, comme dans le cas de Sampson, de rapport direct avec le ligament. Cet au-

teur garde pourtant la conviction que l'adénomyome a atteint la région inguinale par l'intermédiaire du ligament rond.

On a signalé parfois, dans les débris du ligament rond adhérent à la tumeur, un diverticule séreux semblant appartenir aux restes du canal de Nüek.

Les endométrïomes intra-péritonéaux ont un aspect différent. Ce sont de petits noyaux sur le ligament rond. Il est rare qu'ils soient seuls. Il existe d'autres noyaux sur le péritoine pelvien ou dans l'utérus. Au niveau de l'endométrïome, le péritoine est soulevé et rétracté ou plissé. La petite tumeur est souvent cachée sous des adhérences lâches. La surface est irrégulière, truffée de petits kystes noirâtres. La tumeur localisée au ligament rond peut prendre le pas sur les autres. Mais elle n'a pas un gros volume, en général. Quelquefois, il n'y a qu'un nodule isolé sur le ligament rond, mais le cas est rare.

A la coupe de la tumeur, on observe un aspect plus ou moins dense, en tourbillon, avec présence de nombreux kystes. Il n'y a parfois qu'un seul grand kyste, contenant dans sa cavité des formations épithéliales émanées de ses parois. Le contenu de ces kystes est un liquide séro-hématique.

Que trouvons-nous à l'examen histologique?

Des lobules graisseux à la périphérie entourent un stroma formé de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses groupées en anneaux analogues à ceux de la musculature utérine. Ce stroma, inconstant et secondaire pour certains auteurs, qui ne voient en lui qu'une réaction hyperplasique des tissus conjonctivo-musculaires, fait pour d'autres partie intégrante de la tumeur. Dans l'adénomyome du ligament rond, la présence de ce tissu est presque constante, que la tumeur soit intra ou extra-péritonéale.

Au milieu de ce stroma, nous trouvons les éléments caractéristiques des adénomyomes, qui sont les formations épithéliales et le tissu cytogène.

L'épithélium borde les cavités kystiques et les canaux glanduliformes.

Les canaux ont une lumière plus ou moins étroite. Ils se ramifient dichotomiquement. A la coupe transversale, ils prennent un aspect glandulaire. Les kystes, parfois microscopiques, parfois visibles à l'œil nu, sont en continuité avec les canaux. Dans leur cavité, on trouve des formations épithéliales, sortes de papilles, ou des lames de cellules desquamées. Une des parois du kyste est souvent repoussée dans la lumière par les formations conjonctivo-musculaires sous-jacentes. Il se forme alors un pseudo-glomérule, soulèvement du tissu cytogène et de l'épithélium.

L'épithélium des canaux et des kystes varie suivant les points envisagés : le plus habituellement, il est formé de cellules hautes et cylindriques, portant ou non un revêtement cilié. Le noyau est allongé et se trouve à la partie moyenne de la cellule. L'épithélium repose sur une basale. Dans d'autres cas, ce sont des cellules cubiques ou basses, presque pavimenteuses, arrivant à simuler un revêtement endothélial. Entre ces deux types d'épithélium, on trouve toutes les transitions. « En général, les kystes les plus grands sont tapissés de cellules basses et les canaux d'aspect glandulaire de cellules de type cylindrique haut. Mais on observe une continuité nette entre ces deux types, et des canaux glanduliformes débouchent fréquemment dans les cavités à revêtement endothéliforme. Ces constatations ont fait interpréter ces variations cellulaires, moins comme un aspect multiple et organique des éléments de la tumeur que comme un simple aplatissement progressif de la lame épithéliale, sous l'influence de facteurs mécaniques dans certaines cavités kystiques. »

Entre l'épithélium et les formations musculaires, il est presque constant de trouver un tissu conjonctif jeune, à petites cellules ovoïdes, avec des éléments arrondis, à gros noyaux, ressemblant à des lymphocytes et contenant de nombreux capillaires, le tout analogue au tissu cytogène décrit par Kölliker au niveau des glandes utérines, qu'il entoure

comme un manchon. Cullen a insisté sur cette analogie entre l'utérus et l'adénomyome, qu'il appelle « utérus en ectopie ».

Dans le liquide séro-hématique contenu dans les kystes, on constate la présence de pigments sanguins.

Sampson, qui a opéré des adénomyomes pendant la période menstruelle et pendant la grossesse, a noté une réaction menstruelle et une réaction déciduale très nette de ces tumeurs.

En général, il y a régression de l'adénomyome au moment de la ménopause, que celle-ci soit naturelle ou opératoire.

C. — Kystes.

La paroi du kyste est en général lisse et mince, tapissée d'une membrane endothéliale. Le ligament rond qui lui adhère apparaît à sa face interne sous forme d'une saillie longitudinale qui repousse la paroi. Le ligament rond peut se dissocier pour l'envelopper de ses fibres. Le kyste contient un liquide séreux. L'aspect atypique de la tumeur dont nous donnerons l'observation en étudiant les tumeurs extra-abdominales était dû à une réaction inflammatoire chronique.

D. — Tumeurs malignes.

Le nombre des tumeurs malignes du ligament rond est si restreint que nous ne pouvons donner une description générale pour l'anatomie pathologique de ces tumeurs, qui varie avec chaque cas publié.

Nous ne connaissons qu'un cas de sarcome fuso-cellulaire : celui de Hamand et Bodart. A côté de cela, on a décrit des fibrosarcomes, des fibromyosarcomes.

Il existe jusqu'à ce jour 8 cas de tumeurs sarcomateuses : ce sont celles de Sängér (1883), Fuerst (1886), Weber (1896), Frigyesi (1902), Forgue (1909), Taussig (1914), Ferran (1928) et Hamand et Bodart (1932).

Quant aux tumeurs épithéliomateuses elles sont encore plus rares. Nous ne connaissons que les cas de Dubar (1890), Témoïn et Besson (1904), et Gueulette (1924).

III. — *Pathogénie.*

A. — *Fibromes.*

Rien ne nous autorise à incriminer, avec Sängér, les déplacements de l'utérus et les tiraillements des ligaments ronds. Si, en effet, les fibromes du ligament rond sont plus fréquents chez les multipares, nous devons remarquer avec Delbet que « les femmes qui ont eu des enfants sont, somme toute, plus nombreuses que celles qui n'en ont pas eu » et il nous semble que les ligaments ronds ne peuvent pas être plus tirillés que pendant la grossesse. D'autre part, si l'on admet l'explication de Sängér, on devrait trouver chez les femmes ayant eu une opération portant sur ces ligaments (en particulier l'opération d'Alquié-Alexander) assez fréquemment des fibromes; or, à notre connaissance, le fait ne s'est jamais produit.

Pour Duplay, il y a, de proche en proche, néoformation de fibres lisses, soit par division de la fibre cellulaire existante, soit par transformation directe des cellules embryonnaires, que l'on rencontre parfois dans les tissus fibreux de ces tumeurs et le long des faisceaux musculaires. Ceci nous rapproche de la loi de Conheim, soutenue par Delbet : « Le développement des tumeurs est dû à une prolifération tardive de cellules embryonnaires restées somnolentes au sein de tissus adultes. » Il est bien certain que le canal péritonéo-vaginal du côté droit est plus exposé que celui du côté gauche aux anomalies; la plus grande fréquence des hernies congénitales, à droite, du canal inguinal, en fait foi. On peut se demander si le ligament rond, qui est étroitement uni au canal péritonéo-vaginal chez la femme, ne participe pas dans une certaine mesure à ces anomalies, et si ces anomalies ne jouent pas un rôle dans la pathogénie des tumeurs en question.

Enfin, nous avons encore une autre explication à donner. Il existerait au début une lésion inflammatoire des petits

vaisseaux marquée par du gonflement de l'endothélium et de la prolifération des cellules rondes périphériques. De cette prolifération naîtront des cellules conjonctives et des fibres musculaires, qui seront à l'origine de la tumeur.

Les fibres musculaires des fibromyomes du ligament rond sont toujours des fibres lisses. Or, il est classique de dire que celles-ci se rencontrent uniquement dans la portion intra-abdominale du ligament rond, les fibres striées étant exclusivement pariétales. D'après Roustan, les tumeurs du ligament rond semblent toutes d'origine intra-abdominale, puis émigrent vers le canal inguinal. A l'appui de cette thèse, on peut citer le cas de la malade de Heydemann, qui vit apparaître sa tumeur à la suite d'un effort violent, et celui de la malade de Guinard, dont nous citons plus loin l'observation : les tumeurs étaient toutes apparues successivement, « comme si elles étaient sorties du ventre ».

A l'appui de cette thèse, on peut citer également l'exemple des lipomes migrants.

B. — Adénomyomes.

Il existe deux grandes classes de localisation de l'adénomyome : localisation pelvienne et localisation extra-pelvienne.

L'adénomyome est une tumeur bénigne qui ne produit jamais de métastases ni de généralisation à distance. Il procède par dissociation et non par invasion, comme une tumeur maligne.

Les théories pathogéniques sont nombreuses :

1° THÉORIES CONGÉNITALES.

a) THÉORIE WOLFFIENNE (RECKLINGHAUSEN). — Elle est basée sur l'aspect organoïde de ces tumeurs. Recklinghausen identifie le mésonéphros à l'adénomyome : formation pseudo-glandulaire, tubes larges à épithélium bas, tubes étroits à épithélium cilié. Il prête aux pseudo-glomérules la fonction

de sécrétion, pour expliquer la présence de globules rouges et de pigments sanguins à l'intérieur de ces cavités kystiques. La présence d'éléments épithéliaux au niveau de la portion pubienne du ligament rond semblait pouvoir s'expliquer très bien par la situation de ce ligament chez l'embryon au niveau du corps de Wolff, et le développement ultérieur d'éléments wolffiens après l'évolution gubernaculaire. En faveur de cette théorie, nous avons le glomérule rénal découvert par Chevassu dans un adénomyome extra-inguinal du ligament rond.

C'est le travail critique de Kossman qui a fait justice de cette théorie en montrant que son point de départ était erroné et que les déductions tirées étaient purement imaginatives. Ce que Recklinghausen prenait pour des formations glomérulaires n'était que des saillies du tissu cytogène. Les tubes excréteurs et sécréteurs n'étaient que des aspects différents de l'épithélium des tubes adénomyomateux. Le cas isolé de Chevassu dans lequel aurait été constaté un véritable glomérule avec peloton vasculaire et canal provenant de la cavité entourant ce peloton ne peut suffire à étayer une théorie. D'autre part, Lauche estime qu'il ne s'agissait pas d'un glomérule rénal, mais d'un pseudo-glomérule; il explique son opinion en disant que si l'on change un peu l'incidence des coupes de pseudo-glomérules on peut retrouver l'aspect glomérulaire.

Enfin, le grave défaut de cette théorie, c'est qu'elle n'explique pas tous les endométriomes, et en particulier ceux qui sont développés sur une cicatrice de laparotomie pour opération ayant porté sur l'utérus.

b) THÉORIE MÜLLERIENNE. — Elle est soutenue par Kossman. Pour lui, les éléments épithéliaux pourraient être dérivés de canaux müllériens accessoires ou de restes müllériens embryonnaires. Letulle s'est fait le défenseur de la théorie müllérienne, qu'il appelle « dysembryoplasie », et qui pour lui suffit à expliquer tous les adénomyomes.

2° THÉORIES ACQUISES.

a) THÉORIES DE L'HÉTÉROTOPIE. — Ces théories font intervenir l'ectopie, ou les modifications morphologiques du tissu adulte : muqueuse ou péritoine, à la suite d'un processus d'inflammation chronique.

α. *Théorie muqueuse.* — Cullen affirme que la majorité des adénomyomes dérive de la muqueuse utérine adulte. Son argument principal est l'identité de structure et de fonction. Il a essayé de démontrer la continuité des éléments adénomyomateux et de la muqueuse utérine (53 cas positifs sur 73). De plus, la continuité a pu être démontrée expérimentalement par injection de liquide coloré. La cause en serait la salpingite modulaire (R. Meyer, sur 31 cas d'inflammation chronique, a trouvé dans 28 cas la présence d'un processus d'évagination épithéliale).

β. *Théorie séreuse.* — A cause de la fréquence des localisations extra-génitales de l'adénomyome, l'origine de l'adénomyome serait une métaplasie des cellules endothéliales du péritoine en cellules épithéliales cubiques. Cette métaplasie se ferait à la suite d'une inflammation.

γ. Ces deux théories précédentes ont été réunies par Meyer sous le nom d'*hétérotopie épithéliale bénigne inflammatoire*. Pour Meyer, du fait de l'inflammation chronique, l'épithélium acquiert un pouvoir infiltrant. Cet envahissement serait un processus de cicatrisation qui dépasserait son but.

δ. *Théorie de l'hétérotopie non inflammatoire.* Dans cette théorie, les hormones ovariennes jouent un rôle primordial. Ce rôle a été mis en valeur par Robinson. Il se base sur les réactions de l'adénomyome au moment de la menstruation et de la grossesse. Pour Robinson, le rôle directeur des hormones pourrait s'exercer sur tous les épithéliums d'origine cœlomique, qu'il s'agisse du péritoine ou de l'épithélium utérin et tubaire. Cette théorie est la plus extensive. Elle englobe la genèse de tous les adénomyomes, même ceux du ligament

rond et de l'ombilic, car il existe à ces endroits des restes péritonéaux.

Quelques auteurs ont incriminé le traumatisme dans la genèse. Mais dans un tiers des cas observés, les malades n'ont pas eu d'enfants et nient tout traumatisme.

Pour Artusie et Kitai, la cause essentielle de l'adénomyomatose serait l'hyperrégénération de l'épithélium et du stroma de la muqueuse utérine.

« Tous ces facteurs ne doivent pas être considérés comme agissant seuls. Bien au contraire, ils peuvent agir simultanément, et leur ensemble donne une explication très satisfaisante du phénomène de l'hétérotopie épithéliale. Celle-ci, ainsi étayée de nombreux arguments, peut être tenue avec vraisemblance comme la lésion causale de l'adénomyomatose » (Michon et Comte.)

b) THÉORIES DES GREFFES :

α. *Greffes par reflux du sang menstruel dans les trompes* (Sampson, Lauche, Donald). — Le sang menstruel contient des cellules épithéliales desquamées et même des fragments de muqueuse. Ces fragments se greffent au niveau du follicule rompu. Il se forme là un kyste, qui, du fait de son augmentation de volume au moment de la menstruation, se rompt et se greffe au péritoine. Cette théorie, basée sur les recherches expérimentales de Jacobson, n'explique pas les adénomyomes du ligament rond. Sampson s'efforce de démontrer que ceux-ci sont secondaires à une endométriose pelvienne ou simplement utérine. Ils se propageraient par voie veineuse ou lymphatique. Ceci nous amène à la théorie suivante.

β. *Grefe par métastase vasculaire ou hystéro-adénose métastatique* (Alban). — Pour qui connaît la puissance d'absorption du péritoine, l'hypothèse de Sampson du transport par les lymphatiques le long du ligament rond et jusque vers l'aîne d'une endométriose péritonéale, due elle-même à une greffe par reflux menstruel, ne semble pas invraisemblable.

Mais alors nous serions obligés de reconnaître que l'adénomyose se propage par métastase. Il serait bien extraordinaire alors de ne trouver ces tumeurs que dans des endroits où il peut exister des restes péritonéaux.

Il est possible d'opposer à la conception pluraliste, qui, pour chaque localisation, envisage une origine spéciale, des théories univoques aptes à expliquer à elles seules toutes les localisations.

a) *Explication pluraliste*. — On admettrait pour l'utérus la théorie muqueuse, pour les cornes et le ligament rond la théorie wolffienne, pour les locations péritonéales la théorie séreuse, et pour les cicatrices de laparotomie la théorie des greffes.

b) *Explications univoques*. — On peut choisir alors entre la théorie congénitale ou dysembryoplasique et la théorie de l'hétérotopie épithéliale acquise.

Il est évident qu'une explication pluraliste ne satisfait pas l'esprit pour expliquer la pathogénie de tumeurs, qui, bien qu'elles siègent en des points éloignés, ont pourtant une structure semblable.

*
* *

La théorie wolffienne nous paraît devoir être rejetée. Les pseudo-glomérules et peut-être le glomérule vrai de Chevassu ne sont que des saillies du tissu cytogène. De plus, cette théorie n'explique qu'un petit nombre d'adénomyomes. On peut également se demander pourquoi on ne trouve les adénomyomes que chez la femme! il est étonnant que des vestiges du corps de Wolff chez l'homme ne puissent donner une prolifération endométriale. On doit remarquer que les débris du corps de Wolff trouvés à l'autopsie sont plus souvent à gauche qu'à droite, et que les tumeurs qui nous occupent sont au contraire plus fréquentes à droite.

La théorie mullerienne dysembryoplasique expliquerait tous les cas; mais pourquoi, alors, les adénomyomes ne se

développent-ils pas dès la puberté, au moment où les hormones ovariennes agissent sur la muqueuse utérine ?

Les deux origines muqueuse et séreuse de l'endométriome correspondent à des localisations différentes, représentant en somme deux formes d'un même processus (hétérotopie épithéliale bénigne de Meyer). Pour expliquer l'unification de ces processus sous le même nom et expliquer le pourquoi de la métaplasie de l'épithélium péritonéal en cellules endométriales, on doit faire intervenir l'origine commune des éléments épithéliaux de l'utérus, de la trompe..., dérivant de l'épithélium coelomique. Les éléments remaniés par l'inflammation et ramenés à l'état de tissus non différenciés peuvent obéir à l'action des hormones ovariennes. Vue sous cet angle très large, l'hétérotopie, due à des facteurs inflammatoires ainsi qu'à des facteurs hormonaux, explique toutes les localisations.

La théorie des greffes est séduisante à première vue, mais son explication des localisations extra-inguinales ne repose que sur des hypothèses.

Personnellement, nous choisissons la théorie de l'hétérotopie épithéliale. Par elle, nous pouvons expliquer la formation d'un endométriome extra-inguinal chez une femme porteuse d'une hernie, qu'elle contient à l'aide d'un bandage. Cet appareil provoque une irritation des débris épithéliaux qui peuvent se trouver dans le ligament rond. N'existe-t-il pas, souvent, au sein de ligament rond, un canal séreux, vestige embryonnaire, que l'on retrouve souvent sur les coupes du ligament, au point où il pénètre dans la tumeur ?

C. — Tumeurs malignes.

Dans la plupart des cas de sarcome, l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une dégénérescence sarcomateuse d'une tumeur bénigne ancienne. Cette dernière avait commencé à se manifester depuis un temps variable, cinq ans pour la malade de Sängér, six ans pour celle de Fuerst, deux

ans seulement pour celle de Taussig, mais seize ans pour celle de Maly.

Cette transformation cancéreuse d'une tumeur bénigne du ligament rond n'est pas une vue de l'esprit. Elle a pu être saisie sur le vif. L'exemple de l'observation de Walther en donne la preuve : « Fibromyome avec peu d'éléments fibreux. En certains points, l'abondance des cellules fusiformes doit faire penser à la possibilité d'une évolution vers le sarcome.

Les tumeurs épithéliomateuses sont d'observation vraiment trop exceptionnelle pour que l'on puisse en donner une explication pathogénique. On a cherché à voir en elles une transformation maligne d'un adénomyome.

D. — Kystes.

Weber admet que souvent, sinon toujours, ces kystes se développent au centre du gubernaculum de Hunter, organe primitivement creux, qui devient plus tard, chez la femme, le ligament rond. Duplay nie cette origine et n'y voit que des sacs herniaires deshabités. Il est probable qu'ils se développent le plus souvent aux dépens de vestiges du canal de Nück, mais l'existence, fréquemment constatée, d'un canal séreux au centre du ligament rond donne une grande valeur à l'hypothèse de Weber.

CHAPITRE II

TUMEURS EXTRA-ABDOMINALES DU LIGAMENT ROND

1. — *Symptomatologie.*

Les tumeurs extra-abdominales du ligament rond se trouvent essentiellement à la période d'activité génitale de la femme, entre 20 et 35 ans. Leur maximum de fréquence se trouve situé entre 35 et 45 ans. Toutefois, on peut en découvrir — rarement, il est vrai — en dehors de ces limites. Ducuing nous signale chez une petite fille de 3 ans un lipome congénital bilatéral. Martin a opéré un fibrome chez une jeune fille de 19 ans, et Winckel en a trouvé un en faisant l'autopsie d'une femme de 76 ans.

Ces tumeurs siègent le plus souvent à droite, quelquefois à gauche. Elles sont rarement bilatérales. Elles peuvent siéger juste à la sortie du canal inguinal ou descendre plus ou moins bas dans la grande lèvre.

Le mode de début est variable. C'est parfois une douleur sans grande acuité qui attire l'attention de la malade. Celle-ci peut souffrir pendant des années avant l'apparition de toute tumeur, et plus particulièrement au moment des règles. Mais le plus souvent le début est indolore. La malade, parfois à l'occasion d'un accouchement, s'aperçoit qu'elle porte, dans la région inguinale, ou dans la grande lèvre, une petite tumeur qui ne l'inquiète pas beaucoup sur le moment. Le début peut enfin être brutal, avec douleurs vives, vomissements, température élevée et mauvais état général. C'est une complication qui s'est déclarée sur une tumeur jusque-là latente (cas de Durand).

Que trouvons-nous lorsque la malade vient nous consulter ?

L'inspection nous montre que les téguments de la région inguinale sont soulevés par une petite tumeur. Dans d'autres cas, nous nous apercevons qu'une des grandes lèvres est déformée. Si la tumeur est volumineuse, elle peut attirer la grande lèvre vers le bas. Celle-ci prend alors la forme d'une poire à grosse extrémité inférieure, et semble appendue à l'orifice inguinal.

La palpation nous fait sentir une tumeur ovoïde, oblongue s'il s'agit d'un kyste du canal de Nück. Le grand axe suit la direction du canal inguinal, de haut en bas et de dehors en dedans.

Le volume est très variable. Au début, il ne dépasse pas celui d'un pois. L'adénomyome, au bout de six mois dans un cas, de vingt-trois ans dans un autre, de quatre à cinq ans en moyenne, atteint la grosseur d'un œuf de poule. Les kystes, les tumeurs malignes, et surtout les fibromes peuvent atteindre un volume beaucoup plus considérable (tête de fœtus).

La consistance est le plus souvent dure et élastique. Les kystes donnent une sensation de rénitence. Les lipomes sont plus mous. Mais on ne trouve jamais de fluctuation. La surface est lisse et régulière, parfois lobuleuse et bosselée. La tumeur est, en général, indépendante de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Elle adhère fréquemment aux couches profondes et elle est alors fixée par la contraction des muscles abdominaux. Elle possède presque toujours un pédicule qui s'enfonce dans le canal inguinal. Les kystes n'en ont jamais. Mais ils sont souvent biloculés, et s'enfoncent dans le canal inguinal en présentant un étranglement au niveau de l'orifice superficiel de ce canal.

On ne trouve pas de sensibilité spéciale à la palpation.

La percussion nous apprend que cette tumeur est mate.

Si elle est de petit volume, elle peut être réductible en partie ou en totalité. La migration peut se faire jusque dans l'abdomen. Mais elle reparait au moindre effort. En général,

elle est irréductible, et ne présente d'impulsion ni à la toux, ni à l'effort.

Si l'on interroge les malades, on apprend que dans beaucoup de cas la tumeur est douloureuse spontanément, soit au moment des règles, soit en tout temps, mais avec exacerbation menstruelle pouvant obliger la malade à se coucher. Elle augmente de volume à cette époque, puis tout rentre dans l'ordre. Ceci ne se produit jamais pour les kystes. L'apparition de la douleur pour les tumeurs malignes est très précoce. Ce signe est inconstant dans le cas de fibrome. Il existe à peu près toujours dans le cas d'adénomyome.

L'examen de l'appareil génital et des autres appareils est entièrement négatif.

Il arrive-qu'au bout d'un certain temps d'évolution lente la tumeur se mette à croître brusquement, sans raison apparente.

Dans d'autres cas, sans transformation maligne, pour des raisons ignorées jusqu'à ce jour, l'état général de la malade s'altère, allant même jusqu'à la cachexie.

Avant d'étudier le diagnostic, le pronostic et le traitement, nous allons rapporter les observations suivantes :

II. — *Observations.*

OBSERVATION I.

(GUINARD, 1898.)

Femme, 35 ans, célibataire. Depuis l'âge de 20 ans, elle porte dans l'aîne gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule dont elle fit la découverte par hasard, sans avoir éprouvé de douleur. Huit à neuf ans plus tard, la tumeur commença à descendre vers la grande lèvre. A ce moment, au-dessus de cette tumeur, on en a trouvé trois ou quatre autres, de volume variable, et qui tendaient à présenter la même migration que la grosse.

Toutes étaient successivement apparues comme si elles étaient sorties du ventre, très petites d'abord, plus grosses ensuite. Le

point où elles apparaissaient, qui correspond à l'orifice externe du canal inguinal, était toujours très sensible; la malade éprouvait toujours là comme une fatigue.

Ces tumeurs ont continué à s'accroître en nombre et en volume et à descendre plus bas, dans la grande lèvre, sans que la malade s'en soit autrement préoccupée.

En 1896, les règles disparaissent; les tumeurs deviennent douloureuses et augmentent de volume. A plusieurs reprises, chaque jour, la malade éprouve des tiraillements dans les aines, des élancements dans la grande lèvre, avec irradiation dans la cuisse. De tout temps, l'influence de la menstruation sur les tumeurs a été manifeste : celles-ci grossissaient, devenaient douloureuses avant l'apparition des règles. Ces symptômes ne disparaissaient qu'après elles.

Etat actuel. — Malade debout : la grande lèvre gauche pend, débordant de beaucoup la droite, s'appliquant à la face interne de la cuisse gauche à la manière d'un scrotum volumineux. Malade couchée : les cuisses écartées, on voit également pendre la lèvre gauche, qui a une grosse extrémité inférieure, la forme d'une poire, et retombe au-devant de la région anale. Elle cache la vulve, excepté la région clitoridienne et les deux tiers supérieurs de la lèvre droite. Aucune altération de la peau autre qu'une légère dilatation du réseau veineux. Lorsque l'on écarte la tumeur en dehors de façon à voir l'orifice vulvaire, on constate que le pli constituant la petite lèvre n'est pas effacé, sauf à la partie tout à fait postérieure. A la palpation, on constate que la tumeur est constituée par une série de nodosités, au nombre de cinq à six, d'un volume allant de celui d'un pois à celui de la pomme d'api; les contours sont arrondis; les plus grosses sont lobulées. Certaines d'entre elles sont fusionnées, d'autres, au contraire, sont reliées entre elles par des tractus fibreux; elles sont mobiles, dures, mais présentent cependant lorsqu'on les touche une certaine dépressibilité. Elles sont indolentes. Aucun prolongement intra-abdominal de la tumeur. Le col utérin est petit, conique et régulier.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Les règles, très régulières jus-

qu'à 48 ans, s'interrompent pendant un an et demi, puis, de 27 à 28 ans, les règles disparaissent toutes les années du mois de novembre au mois de mars. Pendant ces périodes, il n'y a jamais eu de phénomènes douloureux du côté de la tumeur. A partir de 28 ans, les règles ont été normales jusqu'en novembre 1896, époque où elles ont cessé de se montrer. La malade aurait toute sa vie été anémique.

Le Professeur Terrier porte le diagnostic de fibrome du ligament rond.

Opération (Hartmann, 2 févr. 1897). — Chloroforme. Masse constituée par les tumeurs incluses dans une gaine fibreuse s'arrêtant au niveau de l'orifice inguinal. Les tumeurs apparaissent d'un blanc grisâtre. Enucléation successive de toutes les tumeurs.

L'ensemble de ces tumeurs est réuni en une sorte de grappe irrégulière. Les plus petites sont à la partie supérieure et vont jusque dans le canal inguinal, se continuant avec le ligament rond, et ayant là le volume d'un grain de chenevis. D'autre part, une sorte de pédicule vient se fixer à l'épine du pubis.

Réunion par première intention. Suites opératoires simples. Cicatrisation complète. Le 1^{er} avril, la malade se plaignait encore de douleurs sourdes au niveau du canal inguinal.

Examen de la pièce. — Poids, 160 grammes. Enveloppe fibreuse, résistante, qui semble formée par l'épanouissement du ligament rond. A la portion inférieure, six lobules indépendants les uns des autres, pour la plupart réguliers et lisses. Au-dessus de cette sorte de grappe, une tumeur grosse comme le petit doigt, irrégulière, présente une enveloppe celluleuse spéciale. Enfin, à la partie supérieure de la pièce, rattachée au reste de la tumeur par une membrane fibreuse, existe une tumeur bilobée, irrégulière, mobile, également pourvue d'un revêtement celluleux qui peut glisser sur elle. Le ligament rond, un peu aplati, du volume d'une plume d'oie, se dissocie pour jeter sur l'enveloppe fibreuse commune des tractus fibreux assez grêles et peu nombreux, qui constituent comme des points de renforcement. Sur le trajet de ce tractus, on peut voir dans la partie supérieure de la pièce de petites tumeurs variant du volume du pépin à celui du noyau de cerise.

Toutes ces tumeurs sont dures. Aucune n'est molle et fluctuante. A la coupe, tissu compact, fibreux, très serré. Dans les gros lobules, petits brifices comparables à des piqûres d'épingles.

Examen microscopique (Prof. Cornil). — Fibromyome. Dans les petits lobules, les noyaux de fibres musculaires lisses apparaissent, confluent. On ne voit pas de tissu fibreux. Sur les coupes de lobules plus volumineux, le tissu conjonctif et les fibres musculaires se groupent en nodules fibromyomateux. En certains points, les fibres musculaires sont très tassées les unes contre les autres. Dans les plus gros lobules, le tissu fibreux prédomine. Chacune de ces tumeurs présente une enveloppe fibreuse, continue, régulière et épaisse. Les vaisseaux ont une paroi propre. Dans les gros lobules, il existe des lésions très avancées d'endartérite. Sur les capillaires, prolifération abondante de l'endothélium. En certains points de la coupe, près de la membrane d'enveloppe principalement, grandes vacuoles dont la paroi reproduit la structure des capillaires. On peut, d'ailleurs, trouver dans une même coupe tous les stades intermédiaires entre les capillaires normaux et ces vacuoles. Cependant, quelques vacuoles ne montrent pas de paroi propre. D'autres ont une paroi incomplète, d'autres enfin présentent un endothélium proliféré à côté d'un endothélium normal. Presque toutes contiennent des masses granuleuses; aucune ne contient de pigment sanguin.

OBSERVATION II.

(GUINARD.)

Femme, 25 ans. Entre en mars 1896 dans le service du Professeur Berger. Depuis trois ans, elle porte dans la région inguinale droite une tumeur non complètement réductible. Diagnostic posé : Hernie contenant de l'épiploon, incomplètement réductible.

En opérant, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une tumeur qui ne peut être détachée du ligament rond par la dissection.

Examen microscopique (Dr Besançon). — Au centre, éléments multiples : tissu conjonctif lâche, fibres musculaires striées, nombreuses artérioles. Ces éléments, qui constituent pour ainsi dire

le pédicule de la tumeur, sont coiffés par le myome lui-même. Celui-ci est formé de petits lobules de fibres musculaires lisses, séparées par du tissu conjonctif. La plupart des artères sont le siège d'une endartérite, tantôt partielle, tantôt générale. Sorte de membrane de tissu conjonctif lamellaire très dense.

OBSERVATION III.

(TOURNEUX, 1930.)

L'auteur communique l'observation d'une jeune femme de 28 ans qui présentait depuis un an environ, au niveau de la région inguinale droite, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur, régulière, de forme ovoïde, de consistance dure et élastique, et mobilisable dans le sens latéral, n'était point fixée par la contraction des muscles abdominaux. Son extirpation fut des plus simples et la guérison survint sans complication.

Histologiquement, il s'agissait d'un fibromyome.

OBSERVATION IV.

(JEAN-AMAN, 1930.)

Femme nullipare. Depuis un an, elle a dans la région inguinale droite externe une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Elle est trilobée, dure, bien limitée, relativement mobile sous la peau, qu'elle soulève. Il n'existait pas de faiblesse de la paroi ou d'impulsion à la toux pouvant faire penser à un lipome préherniaire. L'indolence excluait la hernie de l'ovaire. L'intégrité de l'anus, du vagin, du périnée, éliminait un ganglion par ailleurs de contour trop net et de surface trop lisse.

Quoique n'ayant aucun caractère kystique, nous pensâmes à un kyste du canal de Nüek, dont c'était exactement le siège et l'histoire.

Opération. — Anesthésie locale. Dans l'orifice inguinal externe, on trouve un fibrome à trois lobes, développé sur le pourtour antérieur du ligament rond, à 1 centimètre de sa sortie du canal inguinal. Un petit kyste (du canal de Nüek) était logé dans l'angle

de la tumeur et du ligament. Des vaisseaux nourriciers très variés rampaient sur la portion proximale du ligament. Ablation de la tumeur et du kyste après section du ligament rond, puis suture du ligament au grand oblique.

Nous avons pu revoir la malade il y a un mois : il n'existe aucune déviation latérale du corps de l'utérus.

Du point de vue histologique, il s'agit d'un fibromyome, ou le myome prend le pas sur le fibrome. Nous n'avons pu déceler sur les coupes les rapports du fibrome et du kyste.

OBSERVATION V.

(CHEVASSU, 1910.)

Femme de 37 ans. Elle entre le 20 février 1909 dans le service du Professeur P. Delbet. Apparition il y a trois ans au niveau de l'orifice inguinal superficiel du côté droit d'une tumeur du volume d'une noisette. Elle s'accroît progressivement, descendant petit à petit dans la racine de la grande lèvre. Augmentation de volume et apparition de douleurs à chaque époque menstruelle.

Elle n'est pas perceptible à la simple inspection. A la palpation on trouve à la base de la grande lèvre droite une tumeur dure comme un caillou. Allongée suivant la direction de la grande lèvre, elle remonte jusqu'au bord supérieur du pubis, qu'elle dépasse légèrement, et descend dans la grande lèvre, à 3 centimètres plus bas, en se dirigeant un peu en dedans. Surface irrégulière, bosselée. Les téguments, avec leur graisse assez abondante ici, sont mobiles sur la tumeur, qui adhère aux plans profonds et semble plonger dans le canal inguinal. Elle est irréductible, n'a pas d'impulsion à la toux et à l'effort. Il n'y a pas de douleur à la palpation. Rien à signaler au toucher vaginal.

On porte le diagnostic de fibrome de la portion extra-inguinale du ligament rond.

Opération (25 févr. 1909). — Néoplasme noyé dans la graisse, intimement collé au plan profond. La tumeur oblitère complètement l'orifice inguinal superficiel; elle adhère fortement aux deux piliers. Les adhérences se continuent en arrière dans le canal

inguinal, surtout au niveau du pilier profond et du tendon conjoint. En bas la tumeur était comme maintenue par une série de petites amarres qui s'enfonçaient dans la grande lèvres. Ainsi libérée, elle ne tenait plus que par un pédicule profond manifestement constitué par le ligament rond. Je l'isole jusqu'à la graisse sous-péritonéale pour bien m'assurer qu'il n'existe pas de hernie concomitante, et je le lie à ce niveau. J'enlève aussi deux petites indurations incrustées sur l'arcade de Fallope, et sur le tendon conjoint. Ceci terminé, tout paraît très souple. Fermeture du canal inguinal en deux temps. Malade revue au bout d'un an : guérison complète.

Examen de la pièce. — Tumeur de la grosseur d'une noix, grossièrement ovoïde. Elle a 5 centimètres de long, et 2 cm. 5 de diamètre. La surface est recouverte de graisse, sauf en haut. A son pôle supérieur vient s'implanter le ligament rond. Au point où celui-ci pénètre dans le néoplasme, il est accompagné sur un de ses plans par une sorte de canal séreux, le canal de Nück probablement, qui s'enfonce comme lui dans la tumeur. Coupe horizontale à la partie moyenne perpendiculaire au grand axe : sous la couche de graisse périphérique, noyau fibreux très dur, formé de fibres entrelacées, au milieu desquelles existe une toute petite cavité à peine visible à l'œil nu; une cavité un peu plus volumineuse a à peu près les dimensions d'une tête d'épingle. Une coupe verticale passant par le ligament rond et sectionnant la tumeur suivant son grand axe montre le ligament rond s'enfonçant dans le néoplasme; la coupe du noyau fibreux est comparable à l'aspect donné par la coupe horizontale.

On fixe la pièce au Bouin.

Coupe perpendiculaire au grand axe : couche périphérique de graisse riche en vaisseaux, infiltration leucocytaire périvasculaire anormale; quelques vaisseaux oblitérés par le gonflement et la prolifération de leur endothélium. Elle entoure un noyau central formé par un mélange de fibres musculaires lisses et de fibres conjonctives. En certains points, assez vastes loges, que remplissent complètement des travées de fibres musculaires lisses. Le plus souvent, intrication intime des fibres musculaires lisses et

des cloisons fibreuses, formant un fibromyome tout à fait comparable à certains fibromyomes utérins. Pas de gros troncs vasculaires, mais quantité de très fins vaisseaux souvent accompagnés d'éléments lymphoïdes très abondants parfois. Disposés, semble-t-il, sans aucun ordre, on trouve un grand nombre de canaux épithéliaux de deux types : les uns donnent tout à fait l'impression d'une coupe de glande tubulée; les autres, plus vastes, constituent de véritables cavités kystiques. Les cavités glanduliformes présentent une lumière arrondie ou ovoïde, très étroite, tapissée par une couche d'épithélium cylindrique, haut, assez irrégulièrement limité vers la lumière, et qui semble reposer sur une basale. Le corps protoplasmique est assez fortement teinté, le noyau est allongé, à la moitié périphérique de l'élément; il n'y a pas de cariokinèse. Les coupes qui intéressent la glande plus ou moins parallèlement à son grand axe montrent que son épithélium n'a pas partout la même hauteur. Il peut s'aplatir, devenir cubique, presque pavimenteux. Les canaux sont assez irréguliers de forme; il ne faut pas les prendre pour des vaisseaux. Certaines des cavités sont libres, d'autres contiennent des cellules desquamées de la paroi, d'autres des leucocytes, quelqu'unès sont remplies de détritits granuleux à aspect brunâtre après hématoxyline-éosine.

Les cavités plus volumineuses ont des formes plus variables. Elles sont tapissées, le plus souvent, par un épithélium cylindrique comparable à celui des cavités glanduliformes, un peu moins haut cependant. Dans les plus volumineuses (visibles à l'œil nu) il a forte tendance à s'aplatir, devenir bas et même franchement pavimenteux. Les kystes sont tantôt vides, tantôt pleins de sang. Les desquamations épithéliales, fréquentes dans les cavités un peu spacieuses, se font sous forme de larges lames épithéliales (doit être rapproché des modifications analogues qu'on observe au niveau de la muqueuse utérine au moment de la menstruation). Les cavités épithéliales sont plongées dans le stroma musculo-conjonctif, sans aucun ordre semble-t-il. Elles sont entourées par un épais manchon de cellules conjonctives pressées les unes contre les autres, et d'aspect fusiforme. Globules rouges infiltrés. Quelques vaisseaux dans cet amas cellulaire. A distance des zones hémorragi-

ques, assez nombreuses cellules isolées, bourrées de pigments sanguins.

Les kystes sont souvent en forme de lentille concave-convexe; la saillie convexe semble presque toujours due au refoulement de la paroi épithéliale dans la cavité kystique, par l'accumulation des éléments conjonctifs sous-jacents (pseudo-glomérules). Cette infiltration, très spéciale, se voit essentiellement au niveau des points où l'épithélium est cylindrique.

Quelques faisceaux musculaires accompagnés d'assez gros vaisseaux, de quelques canaux épithéliaux doublés d'une couche d'éléments lymphoïdes, poussent cependant dans la graisse périphérique toute une série de prolongements, et il semble bien qu'on assiste là au mode d'envahissement de la couche périphérique par l'accroissement progressif de la tumeur myo-épithéliale.

Coupe parallèle au grand axe passant par le ligament rond. On peut suivre celui-ci jusqu'en plein néoplasme : lames musculaires parallèles les unes aux autres. Le centre du ligament n'est pas musculaire, il est occupé au-dessus de la tumeur par une cavité sans paroi propre, limitée sur son flanc droit par un tissu à l'aspect myxomateux. La cavité se prolonge plus bas par un canal très étroit, dont on suit en descendant les ramifications très régulièrement dichotomiques. Ce canal est tapissé par une couche de cellules aplaties à aspect endothélial; certaines ramifications présentent des cellules hautes presque cubiques (vaisseaux? formations épithéliales?).

Sur le flanc gauche du ligament, dépression assez profonde : canal de Nück, qui a un revêtement épithélial dans sa profondeur. Il est limité par une lame assez épaisse de tissu conjonctif riche en vaisseaux sanguins qui le sépare des deux côtés d'une couche de fibres musculaires lisses.

Certaines cavités épithéliales sont creusées en plein ligament rond, dont les fibres musculaires s'écartent tout juste assez pour leur laisser la place. Les autres sont placés sur son flanc droit; elles semblent en relation avec une grosse artère que l'on voit descendre verticalement dans la tumeur. C'est entre ce groupe épithélial et le ligament rond, en pleine travée fibro-conjonctive, non

loin de la grosse artère verticale, que se trouve un glomérule rénal tout à fait caractéristique. Plus bas, quelques cavités contiennent des épithéliums ciliés que je n'avais pas rencontrés sur les premières coupes.

Tout à fait au pôle supérieur du néoplasme, sur le flanc droit de la longue artère verticale, on voit au centre d'un énorme amas fibreux à fibres concentriques, sur lequel sont éparses un certain nombre de fibres musculaires lisses, un canal épithélial dont la structure est tout à fait spéciale : Il est tapissé par des cellules allongées parallèlement à la circonférence du tube, mais tendant à s'imbriquer les unes sur les autres. Protoplasma spécial : homogène, comme laqué, très sombre d'ailleurs. Les noyaux sont petits et arrondis. De semblables cellules se rencontrent dans le canal de Wolff (véritable ectopie du canal de Wolff?). On en trouve un deuxième plus petit à une certaine distance (recoupe du premier? diverticule émané de sa paroi? élément indépendant?).

OBSERVATION VI.

(HICKEL, 1923.)

Femme de 48 ans, multipare. Depuis cinq ans, elle a une hernie inguinale droite réductible. Elle ne porte pas de bandage. Depuis deux ans, sur le milieu de la grande lèvre droite, elle a un nodule du volume d'une noisette, grossissant et devenant douloureux au moment des règles. Diagnostic posé par le médecin traitant : lambeaux d'épiploon inclus dans le sac herniaire.

Examen. — Pointe de hernie qui se forme à la toux au niveau de l'orifice externe du canal inguinal droit. Sur le milieu de la grande lèvre droite, à 1 ou 2 centimètres en dehors de son rebord interne, on pouvait palper un nodule du volume d'une grosse noisette, siégeant sous les téguments, assez mobile, légèrement fixé en profondeur, de consistance dure et indolore au toucher. Appareil génital : Rien à signaler.

Opération. — Tumeur située en dehors du sac herniaire, faisant directement corps avec le bout distal du ligament rond. Extirpation.

Examen de la pièce. — Macroscopiquement, nodule fibreux blanchâtre, creusé de microkystes de la grosseur d'une tête d'épingle, dont beaucoup montraient une coloration brun foncé. Au microscope, ce tissu se rapproche par son aspect du tissu périglandulaire de la muqueuse utérine (tissu cytogène). On remarque que l'épithélium s'aplatit quand les tubes ont tendance à se dilater et à former de petites cavités kystiques. Nous trouvons de cette façon constitués des kystes à épithélium très aplati, creusés dans du tissu fibreux, séparés parfois les uns des autres par des parois très minces qui peuvent se rompre. Le contenu des kystes est formé par du sang plus ou moins altéré ou par du mucus; les deux se trouvent souvent mélangés dans la même cavité. « A ce stade avancé de leur développement, ces cavités peuvent être finalement confondues avec des formations kystiques d'origine péritonéales ou avec des lymphangiectasies. Il n'est pour cette raison pas étonnant que certains auteurs les aient interprété comme des tumeurs développées aux dépens d'inclusions péritonéales. » (Weishaupt.)

Particularités : Aucune trace de tissu musculaire; on n'a pas pu constater de formations glomérulaires.

OBSERVATION VII.

(R. LOMBARDI, 1924.)

Femme de 35 ans. Elle a dans la région inguinale gauche une tumeur non douloureuse légèrement fluctuante, qui ne varie pas avec la position de la malade ni sous l'influence de la toux.

A l'opération, on trouve une tumeur kystique à paroi antérieure très mince, adhérente au tissu conjonctif. La paroi incisée, on voit s'écouler un liquide séreux. Aucune communication avec la cavité abdominale. Une petite masse composée de deux petits kystes et d'une tumeur solide est reliée au kyste principal par un pédicule qui fait corps avec le ligament rond. Ablation très simple et guérison *per primam*.

L'examen histologique n'a été fait que pour la tumeur solide. Au microscope, le centre est occupé par du tissu muqueux de dégé-

nérescence. La périphérie montre un tissu conjonctif fibreux avec cellules arrondies et fusiformes, nombreux capillaires sanguins. En certains points, on remarque de petites formations kystiques revêtues d'épithélium cylindrique monostratifié plutôt bas. Enfin, en d'autres points se trouvent des amas de cellules arrondies, constituant les pseudoglomérules de Recklinhausen.

OBSERVATION VIII.

(LAUXEN, *in* LAUCHE, 1923.)

Femme de 41 ans. Onze ans après une grossesse, elle observe trois noyaux durs dans la région inguinale droite. Pas de troubles. Il y a trois ans, augmentation de volume de la tumeur, qui devient douloureuse au moment des règles. Dans les quatre derniers mois, on constate à la surface de la tumeur cinq ou six bulles remplies d'eau passant du jaune au bleu. Le deuxième jour des règles, ces bulles éclatent, laissant sourdre un liquide aqueux. Parfois, on pouvait constater du sang.

On ne voit pas le rapport de la tumeur avec le ligament rond. Organes génitaux : utérus en rétroflexion; dans la paroi vaginale antérieure gauche et sur le bord droit de l'utérus, on trouve des épaississements lenticulaires.

Opération : Extirpation.

Examen de la pièce. — Dans un tissu dur et blanc, on trouve trois cavités du volume d'un pois, à contenu brun jaunâtre. Entre elles, petites taches brunes et nombreux vaisseaux remplis de sang. Les cavités ont des limites irrégulières. Le revêtement à épithélium cubique est difficilement visible, mais on se rend compte cependant qu'il existe. Suffusions autour des cavités. Il y a autour des glandes du tissu cytogène qui s'avance dans la cavité, formant le pseudo-glomérule. Après réaction au bleu de Berlin, les cavités sont entourées d'un liséré bleu, formé d'un pigment d'hémosidé-rine. La musculature lisse est inexistante, en dehors de parois vasculaires. Ici encore la tumeur est en rapport avec la menstruation. Ceci jusqu'ici n'avait pas été bien observé par les auteurs, sauf Bluhm, Finsterer, Engelhard et Weisshaupt.

Remarque : Si l'on change un peu l'incidence des coupes, on peut trouver l'aspect glomérulaire au lieu de l'aspect pseudo-glomérulaire.

OBSERVATION IX.

(STEICHELE, 1926.)

Femme de 46 ans. Elle vient consulter en mars 1922 pour douleurs dans la région inguinale droite. Vierge, elle eut, dit-elle, toujours des crampes du bas-ventre avant et pendant les règles. Ces crampes avaient complètement disparu après son premier accouchement. Elle a eu trois accouchements normaux. En 1922, cholécystectomie pour lithiase. Depuis, douleurs dans la région inguinale, qui surviennent exactement deux jours avant l'apparition des règles, s'intensifiant peu à peu et atteignant leur paroxysme le troisième jour, moment qui coïncidait aussi avec le maximum du flux menstruel, pour décliner simultanément avec celui-ci. Dans l'intervalle, pas de douleur au début, mais depuis trois mois elles persistent même dans l'intervalle, pour devenir intolérables pendant les règles et nécessiter l'alitement.

En mars 1924, lors de la première consultation, rien de particulier ne peut être noté à l'endroit prétendu douloureux. L'examen gynécologique fait par plusieurs examinateurs ne révéla rien d'anormal. Cependant, six mois plus tard, en septembre 1924, on palpa une tuméfaction dure, moliniforme, extrêmement douloureuse au-dessus du tubercule pubien droit. A l'opération, on constata que la tumeur avait son siège au ligament rond et qu'elle se trouvait intimement adhérente au périoste du pubis. Le tiers terminal du ligament rond a dû être réséqué. On n'a trouvé ni hernie inguinale ni aucune connexion avec le péritoine.

A la coupe, la tumeur présente, à l'œil nu, de grandes vacuoles remplies de sang. Microscopiquement, on voit de nombreuses glandes utérines incluses dans un tissu cytogène, très vascularisé et imprégné d'hémorragies. Les hémorragies s'observent même dans les glandes en temps que celles-ci participent au cycle menstruel. Depuis l'opération, la malade ne présente plus aucun trouble et a une cicatrice opératoire sans aucune réaction.

OBSERVATION X.

(MICHON et COMTE, 1928.)

Femme de 35 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du Docteur Delôre pour une tumeur de la grande lèvres droite. L'interrogatoire n'apprend rien de bien notable : la santé est bonne. Mariée il y a six ans, la malade a fait une fausse couche un an après son mariage. La tuméfaction qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a cinq ans et s'est surtout manifestée par des phénomènes douloureux. Après une période de rémission après la fausse couche, les troubles sont revenus. Ils consistent en poussées douloureuses qui commencent avec les règles et se terminent trois ou quatre jours après elles. Les douleurs sont parfois fortes pour obliger la malade à s'aliter. Elles ne présentent pas d'irradiations spéciales.

A l'examen, on constate à la racine de la grande lèvres droite, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, une tuméfaction de la grosseur d'une noix, dont la mobilisation est presque impossible parce qu'elle adhère aux plans profonds et à la peau, que l'on ne peut pas plisser sur la tumeur, et qui présente même une coloration rougeâtre. La tuméfaction est mate, irréductible, et n'est pas douloureuse à la pression. Le toucher vaginal montre un appareil génital normal. Devant cette symptomatologie et surtout devant le fait de la douleur menstruelle, on pose le diagnostic d'adénomyome du ligament rond.

Intervention (28 octobre 1925). — L'ablation de la tumeur nécessite la résection de la portion adhérente du ligament rond, qui se perd dans la tumeur, et d'un cul-de-sac péritonéal, qui se prolonge jusque dans la grande lèvres et adhère à la tumeur. Le canal inguinal ayant été ouvert, on le reconstitue en deux plans comme pour une cure de hernie.

Etude anatomo-pathologique. — La tumeur a le volume d'un œuf de pigeon. Elle a été extirpée en bloc avec le tissu cellulaire environnant, une partie de la grande lèvres et le segment de peau adhérente. A la coupe, la consistance est dure, fibreuse. Sur la

tranche de section, on remarque la structure habituelle des adénomyomes, c'est-à-dire cet aspect spongieux dû à l'existence de travées fibreuses circonscrivant de toutes petites zones arrondies de coloration brune ou noirâtre, faisant légèrement saillie et semblant être de petits îlots de muqueuse. Petites cavités kystiques, donnant à la coupe un aspect troué. Au microscope, on y voit la section de tubes épithéliaux de forme grossièrement ovulaire. La paroi en est formée par une couche unique de cellules cylindriques très hautes, présentant un gros noyau central et parfois un cil vibratil. Ces tubes sont entourés par du tissu cytogène rappelant tout à fait le chorion de la muqueuse utérine. Cet aspect fait conclure avec certitude qu'il s'agit d'un endométrioïme du ligament rond. En examinant la préparation en d'autres points, l'attention est attirée par des formations tout à fait différentes; il s'agit de tubes épithéliaux sectionnés transversalement et présentant une forme arrondie ou ovulaire. La paroi est formée par une assise de cellules basses et cubiques. La lumière du tube est assez large et remplie d'une substance mucoïde. Ces tubes sont continus et séparés par du tissu conjonctif. La comparaison qui vient de suite à l'esprit est celle du rein. Tout porte à croire qu'il s'agit là de tubes excréteurs du rein, de tubes de Bellini, donc éléments wolffiens. La présence d'éléments wolffiens dans le ligament rond n'a rien de surprenant, et l'on conçoit que cette constatation soit un sérieux argument en faveur de l'origine wolffienne de l'adénomyome voisin. Les avis compétents dont nous sommes entourés semblaient confirmer cette hypothèse, et pourtant elle était erronée. Nous étant demandé s'il ne pouvait pas s'agir d'un élément sudoripare, la recherche des cellules myoépithéliales nous a montré avec évidence que ces soit-disant inclusions n'étaient que des glandes sudoripares volumineuses, il est vrai, mais normales. D'ailleurs, ces éléments sudoripares sont situés dans le derme, peu profondément. Si nous insistons sur ces faits, c'est en raison de l'étrange ressemblance des éléments sudoripares et wolffiens, qui faillit nous induire en erreur, et nous nous demandons à la lueur de cette observation si un certain nombre de prétendues inclusions wolffiennes ne sont pas des éléments sudoripares hypertrophiés.

OBSERVATION XI.

(POLLAZO et SAMMARTINO, 1930.)

Femme de 36 ans, sans antécédents pathologiques. Elle a eu, douze ans auparavant, un enfant vivant qui est bien portant. Depuis trois ans, la menstruation est très douloureuse. De plus, les règles sont précédées pendant cinq à six jours d'un écoulement liquide ressemblant à du sang décoloré. Depuis deux ans, dans la région inguinale gauche, est apparue une tumeur à développement progressif, déterminant une gêne des mouvements.

L'ablation montre qu'il s'agit d'une tumeur polykystique du ligament rond dans sa portion extra-abdominale. A la coupe, nombreuses cavités contenant un liquide hématique, sirupeux, dont la nature fait soupçonner des rapports avec le syndrome menstruel signalé.

L'examen génital est alors repris, et on trouve dans le cul-de-sac vaginal postérieur une petite tumeur irrégulière, mamelonnée, infiltrée, allant du Douglas jusqu'au col et à l'isthme utérin, saignant facilement au toucher. L'utérus est en antéflexion, avec, sur sa face antérieure, un fibrome pédiculé du volume d'une mandarine.

Une biopsie de la tumeur du cul-de-sac vaginal conclut à un endométriome. On fit alors une hystérectomie totale. Ce point de départ de cet endométriome, pour les auteurs, est, de toute évidence, l'ovaire, mais ils ne donnent pas leur raison.

OBSERVATION XII.

(ROUSTAN, 1884.)

Femme de 52 ans, n'est plus réglée depuis quatre ans. Trois enfants en excellente santé. Depuis l'âge de 25 ans, après son deuxième accouchement, elle a une tumeur du volume d'une cerise, indolore, n'augmentant pas au moment des menstruations, mais croissant régulièrement de volume. A 40 ans, elle était grosse comme un petit œuf. Depuis la ménopause, elle augmente plus

rapidement de volume (grosse orange au moment de l'opération). La tumeur, qui siégeait primitivement au sommet de la grande lèvre gauche, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, s'est portée en se développant dans le pli de l'aîne. Elle était mobile sous la peau. Il y a quatre ans, on la vit soulever la peau de plus en plus, se pédiculiser en partie, en même temps que son poids et son volume augmentaient considérablement. Toujours irréductible, arrondie, bosselée; pas de changement à la toux et à l'effort. Peau normale, douleur presque nulle, sauf quelques irradiations légères dans la cuisse après une marche exagérée.

Examen général. — Rien à signaler; on porte le diagnostic de lipome.

Opération. — La tumeur possède un pédicule qui se perd dans le canal inguinal.

Examen de la tumeur. — Arrondie, du volume d'une grosse orange, elle est enveloppée par une capsule cellulo-fibreuse qui semble l'expansion du pédicule. C'est un lipome réticulé, circonscrit par une enveloppe fibreuse, expansion du ligament rond.

OBSERVATION XIII.

(HAMANT et BODARD, 1932.)

Femme d'une quarantaine d'années. Elle entre dans le service du Professeur Hamant avec le diagnostic de hernie inguinale bilatérale. A gauche, il y a une hernie manifeste, sans masse inguinale perceptible. A droite, on sent à la palpation une tumeur de la grosseur d'un œuf, dure, régulière, ne se modifiant pas sous l'influence de la toux, n'étant pas du tout réductible. Cette tumeur, au dire de la malade, est apparue brusquement il y a un mois et a augmenté rapidement de volume. Elle est peu sensible à la palpation appuyée et aurait provoqué quelques douleurs spontanées légères au moment des époques précédentes. Il y avait lieu de penser soit à un épiplocèle simple, soit à une hernie de l'ovaire.

L'intervention montra à gauche un sac herniaire très net. A droite, on tomba sur une tumeur régulière sans bosselure, occupant la région extra-inguinale du ligament rond. Il fut impossible

d'une part, de trouver le moindre sac herniaire, et, d'autre part, d'isoler la terminaison du ligament rond, qui semblait comprise dans la tumeur. La libération de cette tumeur fut très simple. Elle montra qu'elle se prolongeait dans le canal inguinal par un pédicule d'ailleurs très mince, qui était manifestement le ligament rond et son artère. Ligature de ce pédicule et fermeture de la paroi, sans qu'on ait jugé utile d'ouvrir le canal inguinal.

La première impression était qu'il s'agissait d'une masse épiploïque anciennement enflammée et isolée de l'épiploon abdominal, bien que l'apparition clinique récente de la tumeur fût peu favorable à cette hypothèse. La coupe macroscopique immédiate de la pièce ne faisait d'ailleurs pas du tout reconnaître de l'épiploon.

L'examen histologique pratiqué a montré l'existence d'un sarcome fusocellulaire caractérisé par des figures de mitoses excessivement nombreuses et une vascularisation intense. La tumeur était circonscrite à la périphérie par quelques fibres musculaires du ligament rond.

Les suites opératoires immédiates furent évidemment très simples. La malade rentra chez elle. Mais trois semaines après, elle commença à sentir quelques vagues douleurs dans la fosse iliaque droite, avec perception dans cette région d'une masse qui allait grossissant avec rapidité. Il y avait de la fièvre. La malade, alitée, périlait à vue d'œil. Le médecin consulté pensa à des phénomènes infectieux aigus. Les choses allèrent en empirant et la malade entra à nouveau au service, deux mois après son opération. A ce moment, elle était considérablement amaigrie, fatiguée. Toute la fosse iliaque droite, depuis la cicatrice inguinale jusqu'à la région épigastrique, était remplie par une énorme masse occupant presque le tiers de l'abdomen. Il y avait de l'œdème des deux membres inférieurs, surtout à droite. La température était à 38°5. Le diagnostic le plus vraisemblable cliniquement était celui d'épiploïte aiguë ou tout au moins subaiguë, comme on en rencontre rarement, il est vrai, après certaines cures d'épiplocèle insuffisamment aseptiques. Et pourtant, ce diagnostic était impossible pour deux raisons : d'abord parce qu'à l'opération on avait cons-

laté qu'il n'y avait aucun pédicule épiploïque faisant communiquer la masse inguinale avec l'intérieur de l'abdomen, et ensuite parce que l'examen histologique fait entre temps avait montré que cette tumeur inguinale n'était pas de l'épiplocèle, mais une masse sarcomateuse.

Devant les symptômes alarmants présentés par la malade, on décida de faire une laparotomie exploratrice. Le ventre ouvert, on vit un épiploon congestionné, presque noir, aplati, ne descendant pas jusqu'à la région inguinale et recouvrant en partie l'énorme masse sentie à la palpation et qui semblait être rétro-péritonéale, sans qu'on puisse préciser davantage. On préleva un fragment de cette masse et on referma le ventre. Dix jours après, la malade rentra chez elle plus amaigrie encore, avec des œdèmes plus accentués et de la gêne respiratoire, sans cependant des foyers pulmonaires perceptibles; la masse abdominale semblait avoir encore augmenté de volume.

L'examen histologique du fragment montra qu'il s'agissait d'un sarcome d'aspect excessivement malin, à très petits éléments fusocellulaires.

Contre toute attente, la malade ne mourut pas rapidement, et c'est avec une véritable stupéfaction qu'on la revit au bout de deux mois venir se montrer : son état général était bien meilleur; l'œdème des membres inférieurs avait presque disparu; la masse abdominale existait encore, mais avait fondu au moins de moitié; il n'y avait plus de température. La malade, qui se levait depuis quelques jours, pouvait circuler sans grande fatigue. A ce moment, les coupes histologiques furent revisées et soumises à l'examen du Professeur Cornil. Le diagnostic de sarcome ne put qu'être maintenu, malgré les apparences cliniques paradoxales.

Les événements, d'ailleurs, ne tardèrent pas à lui donner raison. Les mêmes symptômes réapparurent; la masse abdominale grossit à nouveau; la cachexie prit une allure accélérée, et la malade mourut six mois après son opération initiale, en dehors du service, sans que l'autopsie ait pu être pratiquée.

OBSERVATION XIV.

(GUEULETTE, 1924.)

Il s'agit d'une malade de 63 ans, qui présente depuis dix-huit mois une hernie inguinale droite. De plus, on trouve dans la grande lèvre droite une petite masse dure, non douloureuse spontanément et à la pression, augmentant progressivement de volume; de plus, à gauche, hernie inguinale. La malade entre à l'hôpital avec tous les signes d'une hernie droite étranglée : douleurs généralisées, constipation, vomissements. Le palper est surtout douloureux, au niveau du pédicule. La peau est normale, mais la tumeur semble fixée. On peut être en présence d'un épiplocèle étranglé. Or, à l'intervention, on trouve dans le sac le cæcum et l'appendice; la réintégration en est très simple. Cependant, la tumeur de la grande lèvre persiste. Dans le prolongement du sac, mais indépendamment de lui, on trouve une poche kystique renfermant un liquide blanchâtre gélatineux, et en avant de ce kyste une tumeur dure, grosse comme une amande, fixée solidement aux fibres d'épanouissement du ligament rond.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une tumeur épithéliale glandulaire atypique, composée de petites cellules, avec prolifération intense du tissu conjonctif. Si bien qu'en certains endroits la trame interstitielle étouffe véritablement les noyaux néoplasiques. Il s'agit ici d'un épithélioma et non d'un adénomyome.

OBSERVATION XV.

(BRAÏNE, 1919.)

Mme H., a eu 6 enfants, dont 2 sont morts. Le 6 mars 1919, elle est amenée d'urgence à l'hôpital pour douleurs très vives au niveau d'une grosseur siégeant à l'aine droite (certificat médical attestant l'existence d'une hernie étranglée).

Après une intervention, la malade avoue que cette tumeur existait depuis quatre ans et était restée jusqu'à ces derniers temps

indolore. Un mois avant l'opération environ, elle s'était mise à augmenter de volume.

Il n'y a pas eu de vomissements, pas d'arrêts des gaz et des matières. L'état général est excellent, la langue humide. La température atteint 38°8, le pouls est à 88.

A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'un gros œuf de poule. Son diamètre est oblique en bas et en dedans dans le sens du canal inguinal, au niveau de l'orifice superficiel duquel elle commence, pour aboutir au voisinage de la grande lèvre droite. Elle est tendue, mate, irréductible. Sa dureté élastique est très particulière. On la délimite facilement sur son pourtour. Elle semble pédiculée au niveau de l'orifice inguinal. Douleur dans son ensemble.

Il est difficile d'explorer la fosse iliaque, la malade faisant des gesticulations exagérées quand on l'examine.

On se demande si l'on n'est pas en présence d'un épiplocèle étranglé.

Opération. — Volumineux kyste, qui siège au niveau du ligament rond. Il dissocie ce ligament depuis l'orifice inguinal superficiel jusqu'au voisinage de son insertion à l'épine pubienne et à la grande lèvre. On trouve une coque fibreuse épaisse, renfermant une masse gélatiniforme, jaune clair, divisée par des tractus conjonctifs très minces, en lobules, ayant l'aspect de pulpe de citron. Excision complète. On fixe au catgut le moignon du ligament rond aux piliers de l'anneau inguinal. Guérison.

Examen microscopique. — Sur les coupes comprenant la paroi du kyste au niveau de la région la plus épaisse, on découvre plusieurs cavités kystiques superposées et de structure assez différente pour mériter une description détaillée. La grande cavité est limitée par une couche épaisse de tissu conjonctif assez dense, peu vasculaire. Il donne l'impression d'une poche enflammée de longue date et dont la paroi, en train de se scléroser, était devenue le siège d'une inflammation péritonitique aiguë. La surface interne de la seconde poche sous-jacente est tapissée par une couche de cellules endothéliales, qui n'ont pas toutes le même aspect (cuboïdes, hautes, plates, à plusieurs noyaux, parfois nécrobiose

fibrinoïdes par endroits). Plus profondément, le tissu composant la masse tumorale est représenté par une épaisse couche de faisceaux de fibres musculaires lisses, en général engainés par des réseaux solides de fibres élastiques abondantes. Elles semblent appartenir au ligament rond, plus ou moins dissocié. Elles entourent sur un point une troisième formation kystoïde, qui contient un exsudat fibrineux qui adhère à une partie de la surface interne de la cavité, totalement dépourvue de son revêtement endothélial, alors que dans le voisinage la couche endothéliale intacte s'enfonce à la surface de nombreux replis, dus, semble-t-il, à l'affaissement de la poche évacuée. La masse tumorale proprement dite est fort complexe : placard léiomusculaire, vaste plage de tissu fibreux dense. Elle est presque entièrement composée de vaisseaux sanguins chroniquement enflammés et de lymphatiques fibrosés enfouis au sein de travées fibroïdes irrégulières. Au milieu de cette zone d'inflammation chronique, se révèle une quatrième formation kystoïde, entièrement différente des trois précédentes : poche arrondie de 7 à 8 millimètres de diamètre, délimitée par une couche onduleuse d'un tissu conjonctif dense, hyalin, presque invasculaire, et très pauvre en cellules interstitielles. A la face interne de cette paroi : large placard de tissu conjonctivo-vasculaire végétant, sorte de bourgeon charnu saillant dans la cavité et coiffé d'un amas de fibrine fibrillaire. Ça et là, quelques îlots de cellules endothéliales. La cavité est remplie de leucocytes polynucléaires en voie de destruction pyénotique.

III. — *Diagnostic.*

Le diagnostic se pose d'avec les tumeurs de la région inguinale et de la grande lèvre. Duplay distingue avec raison les tumeurs sessiles et les tumeurs pédiculées.

Si le pédicule s'enfonce sous l'arcade crurale, nous n'avons évidemment pas affaire à une tumeur du ligament rond. S'il disparaît dans le canal inguinal, nous aurons à éliminer :

a) Le lipome préherniaire, qui est douloureux au toucher et pendant la marche. Il diminue à la pression; il est de

consistance plus molle, et ses limites sont diffuses. A cause de sa consistance, il ne peut être confondu qu'avec un lipome du ligament rond. Le diagnostic se fera, sur l'existence d'une hernie antérieure, sur l'irréductibilité du lipome du ligament, ainsi que son indolence.

b) La sonorité des entéroécèles et leur consistance spéciale évitent, en général, toute erreur.

c) Une tumeur du ligament rond peut ressembler beaucoup, au début, à une hernie épiploïque interstitielle. Seules, les douleurs dont le néoplasme est le siège au moment des règles pourront mettre le médecin sur la voie du diagnostic. Mais ces symptômes douloureux, quand ils existent, dans le cas du fibrome, n'apparaissent que tardivement, et l'erreur est presque fatale. Dans l'adénomyome, la douleur, étant un symptôme précoce, nous permettra plus facilement de faire la discrimination.

L'épiplocèle est plus sensible à la pression, sa surface est grenue.

d) L'épiplocèle irréductible, qui acquiert parfois une consistance fibreuse, analogue à celle du fibrome, serait impossible à diagnostiquer sans les commémoratifs et l'existence d'une corde épiploïque tendue derrière la paroi abdominale.

e) Au toucher vaginal, dans le cas de hernie de l'ovaire, on note l'absence de celui-ci dans le petit bassin. L'utérus latéro-versé du côté de la hernie, et, de plus, la tumeur ovoïde, dont la sensibilité est exquise, a une augmentation de volume, au moment des règles, bien plus marquée que dans le cas de fibrome, ou d'adénomyome du ligament rond.

f) Le diagnostic de hernie de l'utérus se fera également très facilement au toucher vaginal.

S'il n'y a pas de pédicule à la tumeur, et que celle-ci s'est développée vers l'aine, on pourra croire :

g) à une masse ganglionnaire. Mais, dans ce cas, la tumeur est toujours multilobée, et n'a pas de connexions avec le canal inguinal. Sa consistance est plus irrégulière, ses limites sont moins nettes. On trouvera souvent de la fluctuation, et dans un grand nombre de cas la tumeur adhérera à la peau.

En général, les tumeurs du ligament rond développées vers la grande lèvre sont pédiculées, ce qui facilite le diagnostic; au cas où on ne sentirait pas ce pédicule, on pourra confondre la tumeur du ligament rond avec

h) un kyste de la glande de Barthollin. Celui-ci est plus fluctuant et se développe de bas en haut. On recherchera avec soin le point de départ, tant par l'étude des commémoratifs que par l'examen direct. Si la tumeur, ayant débuté au-dessous de la grande lèvre, y est ensuite descendue, on n'hésitera pas à penser à une tumeur du ligament rond.

Nous n'avons jusqu'ici envisagé que les tumeurs solides du ligament rond. Nous avons aussi à étudier le diagnostic des kystes du canal de Nück. Celui-ci peut être assez difficile. On ne sent pas, en général, de pédicule. L'entéroccèle s'en différencie par sa sonorité. Avec un kyste sacculaire, la confusion est très possible. Ce kyste du canal de Nück peut s'enflammer. Il faudra dans ce cas ne pas croire à une hernie inguinale étranglée.

Lorsque l'on a porté le diagnostic de tumeur du ligament rond, peut-on dire en présence de quelle sorte de tumeur on se trouve ?

On distingue facilement une tumeur solide d'un kyste. Mais pour dire ensuite la nature de la tumeur solide, nous ne pouvons nous baser que sur des présomptions. Lorsque la malade souffre régulièrement au moment des règles, on pensera de préférence à un adénomyome, surtout si le volume de la tumeur diminue un peu après la période menstruelle. Dans quelques cas, l'examen du petit bassin, en nous montrant l'existence d'une adénomyose pelvienne, aiguillera notre diagnostic. Le fibrome a une évolution plus lente. Il atteint, en général, un plus gros volume. Quant aux tumeurs malignes, elles s'accompagnent d'une altération rapide de l'état général. Elles adhèrent beaucoup plus souvent aux plans superficiels que les autres tumeurs. Dans le cas du Professeur Forgues, rapporté par Mlle Leonoff, il y avait même une ulcération cancéreuse de la peau de la grande lèvre à sa face interne, de la taille d'une pièce de 50 centimes.

IV. — *Pronostic.*

Une erreur de diagnostic n'a pas, au fond, une très grande importance, car ces tumeurs doivent être toutes opérées.

D'ailleurs, le pronostic des tumeurs du ligament rond est en général bénin.

Pour le fibrome du ligament rond, on doit craindre une extension à l'abdomen, ou une dégénérescence maligne, sarcomateuse. Cette transformation maligne n'est pas une vue de l'esprit. Elle a pu être saisie sur le vif. L'observation de Walther en donne la preuve : fibromyome avec peu d'éléments fibreux; en certains points, l'abondance des cellules fusiformes doit faire penser à la possibilité d'une évolution vers le sarcome. De plus, les fibromes extra-abdominaux du ligament rond, pour des raisons qui nous échappent, peuvent entraîner la cachexie, sans dégénérescence cancéreuse. Ce pronostic, qui est en général bénin, peut donc devenir grave, et il est préférable de conseiller à la malade une opération facile, dès que le diagnostic est posé.

Les adénomyomes, malgré leur caractère envahissant, gardent un caractère de bénignité. Toutefois, on a supposé que les tumeurs épithéliales, rares, trouvées dans la région inguinale pouvaient avoir été à l'origine une tumeur adénomyomateuse qui avait, par la suite, dégénéré. La rareté de cette transformation maligne ne nous fera pas porter un pronostic grave. Mais la gêne causée par la douleur au moment des règles indique l'extirpation.

Le pronostic de toutes les tumeurs malignes est celui des cancers : extrêmement grave.

V. — *Traitement.*

La méthode de choix est l'extirpation. L'opération est en général simple et ne présente aucune gravité.

La technique doit varier suivant la nature de la tumeur.

Si l'on a affaire à une tumeur de type bénin, non adhérente

aux plans superficiels, bien limitée, pas trop volumineuse, et sans retentissement sur les ganglions inguinaux, on pourra se contenter d'une anesthésie locale : infiltration de novocaïne par exemple. L'incision, commençant plus ou moins loin en arrière, sur la grande lèvre, suivant le volume de la tumeur, sera prolongée jusqu'à la région inguinale. Dans un premier temps, on séparera méthodiquement la tumeur de ses connexions avec le tissu cellulaire environnant, jusqu'à complet dégagement de sa face profonde et de son pôle supérieur, qui s'élève jusqu'au canal inguinal. Puis, dans un deuxième temps, on incisera l'aponévrose du grand oblique pour découvrir le ligament rond dans son trajet inguinal, afin d'éviter d'y oublier quelque nodule néoplasique. On complétera l'extirpation, à ce moment, en sectionnant le ligament rond au-dessus de son insertion sur la tumeur.

Il nous semble recommandable de le fixer ensuite au grand oblique. Cette manœuvre n'entraîne nullement, par la suite, de déviation latérale du corps de l'utérus. On refermera le canal, en suturant le plan musculaire du petit oblique et du transverse à l'arcade crurale, et on terminera par réunion par première intention des lèvres de l'incision cutanée.

Pour les tumeurs plus volumineuses, suspectes de malignité, adhérentes aux plans superficiels, ne paraissant pas très bien limitées, et retentissant sur les ganglions inguinaux, l'anesthésie générale est indiquée. Une incision elliptique circonscrivant la grande lèvre permettra d'enlever en bloc la tumeur et les tissus envahis. L'ouverture du canal inguinal nous permettra d'examiner le ligament rond, qu'il sera bon de réséquer le plus largement possible. Un évidement ganglionnaire de l'aîne sera ensuite pratiqué.

Si l'examen macroscopique immédiat de la pièce opératoire confirme l'hypothèse de la malignité de la tumeur, il sera peut-être préférable de pratiquer immédiatement une laparotomie exploratrice, pour éviter une récurrence rapide intra-abdominale, comme dans le cas de la malade d'Hamant et Bodard, dont nous avons rapporté l'observation.

Les tumeurs malignes doivent être extirpées précocement. Les adhérences qu'elles contractent avec les plans environnants rendraient l'opération impossible si l'on attendait trop longtemps. C'est ainsi que Sängér fut obligé de refermer la plaie opératoire en laissant le sarcome en place.

L'examen microscopique de la pièce devra toujours être pratiqué. C'est ainsi, par exemple, qu'en présence d'un adénomyome du ligament rond on pourra trouver une adénomyose pelvienne, nécessitant une laparotomie, qui avait passé inaperçue à un premier examen de l'appareil génital.

Nous n'avons pas trouvé, dans les observations que nous avons étudié, de cas traités par la radiothérapie. Celle-ci complèterait peut-être utilement l'exérèse chirurgicale. Elle est au moins indiquée dans les cas à la limite de l'opérabilité ou l'ayant dépassée.

La ponction iodée a été appliquée au traitement des kystes du canal de Nück. La méthode n'est pas sans danger si le kyste communique avec la séreuse péritonéale. Il faut aussi compter avec l'erreur de diagnostic possible avec la hernie, et, dans ce cas, il vaut mieux opérer à ciel ouvert, pour bien voir ce que l'on fait.

CHAPITRE III

LES TUMEURS INTRA-ABDOMINALES

I. — *Symptomatologie.*

Les tumeurs intra-abdominales du ligament rond sont bien moins fréquentes que les tumeurs extra-abdominales. De plus, le nombre de variétés anatomo-pathologiques est plus restreint. On ne trouve guère que des adénomyomes et des fibromes.

Chevassu a nié l'existence intra-abdominale des adénomyomes. Cette localisation existe pourtant, mais fait en général partie d'une adénomyomatose pelvienne. Par suite, sa symptomatologie se perd dans la symptomatologie générale de l'adénomyomatose : douleurs menstruelles, métrorragies, ténesme vésical et rectal, douleurs ovariennes simulant l'appendicite, crises d'occlusions intestinales en raison des fortes adhérences qui se développent au contact des proliférations. Anémie marquée, portant atteinte à l'état général. On comprend ainsi pourquoi l'adénomyome intra-abdominal du ligament rond n'est le plus souvent qu'une découverte opératoire ou nécropsique. Toujours de petit volume, il ne peut être qu'exceptionnellement perçu à l'examen gynécologique, et il ne manifeste sa présence, quand il est seul, que par des règles douloureuses.

Les fibromes intra-abdominaux du ligament rond ont une symptomatologie plus riche, et une personnalité bien plus marquée, car ils peuvent atteindre un volume considérable.

La malade s'aperçoit que son ventre augmente de volume et la gêne. Ce n'est d'ailleurs pas toujours le cas, et un fibrome intra-abdominal peut rester latent et n'être qu'une trouvaille d'autopsie.

On trouve, lorsque le fibrome manifeste sa présence, une tumeur en général unique et siégeant à droite. (Il n'existe que deux observations de tumeurs bilatérales : celle de Winckel et celle d'Amann.) Elle déforme l'abdomen en faisant une saillie paramédiane. Son volume est variable; en général, les tumeurs opérées étaient volumineuses. Elle a une forme grossièrement ovalaire et remonte parfois plus haut que l'ombilic. Elle est peu sensible à la palpation. Plutôt rénitente que dure, elle peut offrir des zones d'inégale résistance, et il arrive même que l'on trouve de la fluctuation (Léopold). Elle est lisse et bosselée, parfois irrégulière. Bien que ferme et élastique, elle n'a pas la dureté d'une tumeur utérine de même nature. Elle est mate à la percussion.

Elle se développe vers le bord libre du ligament large, tendant à remonter dans l'abdomen. Elle peut contracter des adhérences avec les organes pelviens, et en particulier les côlons. Mais elle est, en général, libre et mobile. Cette mobilité doit se rechercher en soulevant la tumeur. Cette manœuvre a pour effet de provoquer, dans l'aîne, des tiraillements qui ont été considérés comme presque pathognomoniques.

Au toucher vaginal, on trouve une masse remplissant le cul-de-sac latéral et faisant saillie dans le cul-de-sac antérieur. L'utérus n'est pas modifié dans son volume ni dans sa forme. Il est indépendant de la tumeur et est refoulé en bas et en arrière.

On n'a jamais signalé d'ascite dans les tumeurs intra-abdominales du ligament rond.

Dans quelques cas, l'apparition de douleurs spontanées a été notée (Delbet, Kleinwachter). Elle apparaît à la fatigue et cesse au repos. Elle a été comparée par certaines malades aux douleurs de l'accouchement. Les règles, quoique assez

rarement, peuvent être douloureuses. On note, à chaque époque menstruelle, une poussée évolutive avec augmentation du volume de la tumeur, tiraillements dans les aines, élargissements dans les grandes lèvres, avec irradiations dans la cuisse.

En général, les règles ne sont modifiées, ni dans leur apparition, ni dans leur durée, ni dans leur abondance. L'irrégularité notée par Delbet peut s'expliquer par l'approche de la ménopause.

L'évolution est lente et progressive dans la plupart des cas. A un stade avancé, lorsque la tumeur atteint un gros volume (jusqu'à 12 kilos, comme dans le cas de Léopold), elle provoque des compressions. La marche devient pénible. La malade ne peut plus se baisser et éprouve une grande difficulté pour se relever, une fois assise. L'allongement des jambes devient douloureux. La miction et la défécation sont difficiles.

A ce moment, l'état général décline, la malade maigrit. L'opération s'impose.

Voici quelques observations qui illustreront cet exposé clinique.

II. — *Observations.*

OBSERVATION XVI.

(CLAISSE, 1900.)

Femme de 31 ans. Depuis plusieurs mois, elle se plaint de métrorragies et de douleurs dans le bas-ventre.

A l'examen, on découvre une tumeur abdominale et on porte le diagnostic de fibrome utérin.

L'opération montre que cette femme est porteuse d'un grand nombre de tumeurs myomateuses de l'utérus (interstitielles, sous-péritonéales, sessiles, pédiculées), de consistance assez molle. Poids total : 2.900 grammes.

Le ligament rond du côté gauche porte une petite tumeur indé-

pendante de l'utérus, à 12 millimètres du point d'implantation du ligament, située sur le bord libre supérieur de la bandelette musculaire. Sa base d'implantation a 11 millimètres de long. Elle a une forme sphéroïdale, elle est lisse, de consistance assez ferme, sa coloration est rosée.

Histologiquement, il s'agit d'un fibromyome. Les vaisseaux sont assez nombreux. Autour de certains d'entre eux, il y a une prolifération cellulaire. Il existe une mince couche conjonctive.

OBSERVATION XVII.

(R. DURAND, 1920.)

Femme de 50 ans. Le 11 février 1920, elle est prise brusquement dans la nuit d'une douleur violente dans tout l'abdomen, avec prédominance à droite, accompagnée de vomissements et d'une température élevée (40°). On constata une tumeur très tendue, fluctuante, siégeant à droite de l'utérus, qui est indépendant. Cette tumeur avait rapidement augmenté de volume depuis la veille et paraissait peu mobile.

Dans les jours qui suivent, la température reste élevée, mais arrive ensuite cependant à 38, 38°5, pour s'y maintenir définitivement. L'état général devenant meilleur et la température restant stationnaire, l'intervention est décidée.

Elle a lieu le 3 mars. Après laparotomie médiane sous-ombilicale, on se trouve en présence d'une tumeur du ligament rond adhérente à la paroi abdominale antérieure de l'abdomen, à l'intestin, au ligament large. Le décollement, pour arriver à l'extirpation, est très difficile, et, pendant qu'on y procède, il se produit une déchirure de la tumeur sur une longueur d'environ 1 centimètre, par où s'échappe un liquide d'aspect louche. Enfin, l'ablation totale peut être faite. Avant de refermer la paroi, on pratique une toilette soigneuse de la cavité péritonéale du petit bassin.

Dans la journée qui suivit l'intervention : péritonite suraiguë et mort le deuxième jour.

Examen de la pièce. — Tumeur ovalaire de la grosseur d'une tête de fœtus. A la coupe, aspect d'un fibromyome, avec plage

nécrotique verdâtre. Elle correspond à un fibromyome profondément remanié par de l'œdème, des hémorragies, et présentant par places de vastes plages nécrotiques. Il y a lieu de noter que plusieurs de ces zones nécrotiques sont bourrées de polynucléaires, marquant un certain degré d'inflammation aiguë suppurée.

OBSERVATION XVIII.

(BOHLER, 1930.)

A l'admission de la malade, on trouve un col petit, ferme; l'utérus est petit, dur, refoule à gauche et en arrière. A droite, on sent une tumeur kystique peu sensible, peu mobile. Elle a la taille de la tête d'un nouveau-né.

Vu les caractères de la tumeur et l'existence d'une infection blennorragique antérieure, le diagnostic de pyosalpinx est posé.

Opération. — La tumeur se révèle être un fibrome du ligament rond à développement intra-pelvien et sous-péritonéal. La topographie correspond exactement aux données fournies par l'examen gynécologique. Le ligament rond aborde la tumeur près de son entrée dans le canal inguinal et se confond avec elle. La tumeur, fortement fixée, est à cheval sur les vaisseaux iliaques externes. L'énucléation est difficile et sanglante. Coexistence de deux petits hydrosalpinx, nécessitant l'ablation des deux trompes. Suites opératoires normales.

Histologiquement, il s'agissait d'un fibrome banal œdématié.

OBSERVATION XIX.

(PETIT, de Niort, 1932.)

Mme B..., rentre dans mon service, envoyée par le Docteur Giraud, le 1^{er} avril 1932, pour une tumeur abdominale à croissance rapide.

C'est une femme de 23 ans, mariée depuis trois ans, et qui n'a pas eu de grossesse jusqu'ici. Aucun antécédent personnel. Réglée à 11 ans 1/2 et toujours normalement. N'a jamais présenté le moindre trouble génital.

Comme antécédent héréditaire, il convient de noter que la mère, en 1921, a été opérée par moi d'un fibrome prævia, avec conservation de la matrice.

Voici trois mois, cette femme s'est aperçue qu'elle avait une grosseur dans le bas-ventre, à gauche, mais elle n'en ressentait aucune gêne, sauf parfois quelques difficultés pour uriner ou pour se baisser.

Voyant cette grosseur augmenter à vue d'œil dans le courant de mars, elle est allée consulter son médecin le 26 mars, et celui-ci me l'a adressée le 29 mars.

J'ai trouvé une masse volumineuse de siège médian, arrondie, de consistance plutôt dure, peut-être rénitente, nullement douloureuse, permettant l'évacuation complète de la vessie, et dont le sommet atteignait l'ombilic. Au toucher, col perceptible, situé en arrière, mais il m'a été impossible de saisir l'utérus et de dire si la masse faisait ou non corps avec lui, et j'ai porté le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Le petit volume du col utérin chez cette nullipare, l'absence de tout signe fœtal et de tout signe mammaire conduisait ce diagnostic, avec cette réserve qu'il pourrait s'agir, non d'un kyste, mais d'une tumeur solide de l'ovaire ou d'un gros fibrome pédiculé de l'utérus. Seule l'évolution rapide de cette tumeur engendrait un doute au sujet de sa nature.

L'état général de cette femme étant très bon, ainsi que le démontraient les examens habituels (tension artérielle, 8-13; urée sanguine, 0 gr. 12; pouls, 70), j'ai opéré cette malade le 2 avril.

Laparotomie médiane et protection du péritoine en vue d'une ponction évacuatrice, mais cette ponction, répétée deux fois, n'a donné qu'une quantité infime de liquide jaune. Il a donc été nécessaire d'agrandir l'incision pour extérioriser la masse. Et je me suis aperçu alors qu'il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens du ligament rond, à son tiers interne, mais qui laissait l'utérus complètement indépendant, situé en arrière et en dedans d'elle. L'anse sigmoïde adhérait à son flanc gauche. Cette anse décollée, la tumeur a pu être enlevée par voie sous-péritonéale, avec conservation de la trompe et de l'ovaire gauche, qui étaient

sains, comme ceux du côté droit d'ailleurs. Je n'ai constaté aucune lésion sur l'utérus. Ligature du ligament rond en dehors et en dedans, surjet pour l'hémostase et l'enfouissement de la poche. Appendicectomie et fermeture de l'abdomen sans drainage.

Suites simples. L'opérée a quitté le service le 18 avril.

La tumeur pesait 2 kg. 500. A la coupe, il paraissait s'agir d'un fibrome ramolli et vacuolaire.

L'examen histologique fourni par le laboratoire départemental a montré qu'il s'agissait d'un fibrome œdémateux. (Fourni par le Docteur Merle.)

OBSERVATION XX.

(WALTHER, 1914.)

Femme de 42 ans. Entre à l'hôpital, le 8 décembre 1913, pour volumineuse tumeur abdominale.

Son père est mort d'un cancer de la langue, sa mère de la rupture d'un kyste abdominal.

Elle a eu la scarlatine à 17 ans, et la typhoïde peu de temps après.

Ses règles sont très régulières depuis l'âge de 12 ans. Elle n'a pas eu de grossesses, pas de pertes blanches, de métrorragies; elle n'a jamais eu de douleurs.

Depuis quatre ou cinq ans, elle a une « grosseur dans le ventre ». Le diagnostic de kyste de l'ovaire a été porté et l'opération conseillée.

La tumeur a continué à grossir lentement, mais régulièrement; et aujourd'hui, gênée par le volume de l'abdomen, et sans aucune autre manifestation symptomatique que cette gêne, la malade se décide à demander une intervention.

Examen. — L'abdomen paraît volumineux, régulièrement développé, un peu plus saillant à droite qu'à gauche, sans aucune trace de vergeture, sans dilatation veineuse. La palpation montre que tout l'abdomen est occupé par une volumineuse tumeur à contours arrondis, à limitation facile, qui monte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et ne touche pas le pubis, dont elle est séparée

par un espace d'un large travers de doigt. La tumeur est plus développée du côté droit, où elle s'appuie en bas contre l'épine iliaque, et elle affleure en haut le rebord costal. A gauche, elle reste à trois travers de doigt de l'épine iliaque et à deux travers de doigt du rebord costal. A la mensuration, on constate que le diamètre vertical de la masse est de 24 centimètres, le diamètre transversal de 32 centimètres. La tumeur est uniformément arrondie, à surface absolument lisse et régulière, sans aucune bosselure.

La consistance est plutôt rénitente que dure, et même il semble qu'on trouve à la palpation profonde une sensation assez vague de fluctuation. La tumeur est sans doute, à cause de son volume, à peine mobilisable, elle ne l'est pas du tout de haut en bas; dans le sens transversal, on peut lui imprimer quelques légers mouvements. Elle est mate dans toute son étendue.

L'ombilic est un peu distendu. Il existe une petite hernie ombilicale facilement réductible, non douloureuse.

Au toucher vaginal : col évasé, avec sur la lèvre postérieure la saillie d'un œuf de Naboth. L'utérus est gros et semble se confondre avec la tumeur abdominale, dont la palpation bimanuelle permet de transmettre les mouvements du col utérin.

L'état général est excellent.

Le diagnostic de fibrome semble donc s'imposer, en raison de la lenteur de l'évolution de la tumeur, dont la présence a été constatée il y a quatre ou cinq ans, en raison de sa forme et de la transmission des mouvements de l'utérus. Cependant, la sensation, un peu vague il est vrai, de fluctuation oblige à faire quelques réserves et à admettre la possibilité soit d'un fibrome kystique, soit d'un kyste développé au voisinage de l'utérus.

Opération (11 déc. 1913). — La tumeur a l'aspect d'un kyste à surface blanche, nacréée. Pas d'attaches avec l'utérus. Elle est comprise dans un dédoublement de la partie externe du ligament large et s'est développée en haut et en dehors en dédoublant le mésocôlon.

Il existe un pédicule formé par le ligament rond. Celui-ci est étiré et forme un coude, dont le sommet, à trois travers de doigt

environ de la corne utérine, vient se confondre avec la base de la tumeur. Elle pèse 2 kg. 520.

Examen de la pièce. — La surface est lisse et pâle. Certains points sont congestionnés et même le siège de petits foyers hémorragiques. La moitié supérieure de la tumeur est encore coiffée d'une lame péritonéale, portion du ligament large réséqué un peu épaissie, mais glissant facilement à la surface de la masse. D'un point situé au pôle inférieur, on voit s'irradier deux larges colonnes charnues, vestige des deux bouts du ligament rond réséqué, qui se perd progressivement dans la tumeur, après un trajet en éventail de 6 à 8 centimètres. Du même point irradiant quelques rares vaisseaux, dont le plus volumineux peut être suivi jusqu'au pôle supérieur. Tumeur molle, fluctuante.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibromyxome, avec peu d'éléments fibreux. En certains points, l'abondance de cellules fusiformes doit faire penser à la possibilité d'une évolution vers le sarcome.

OBSERVATION XXI.

(EINAUDI, 1930.)

Femme de 28 ans. On porte le diagnostic de tumeur de l'ovaire. Il s'agissait d'un fibromyome de la portion intra-abdominale du ligament rond droit.

Il y avait, au sein de la tumeur, une cavité pseudo-kystique, vraisemblablement due à une dégénérescence hémorragique centrale. La tumeur présentait des variations de volume correspondant aux périodes menstruelles, pendant lesquelles la douleur inguinale, irradiée vers l'hypocondre droit, subissait une accentuation. Il y avait aussi des troubles gastriques et intestinaux.

L'ablation de la tumeur, toujours indiquée, fut heureusement pratiquée par laparotomie médiane.

OBSERVATION XXII.

(MICHON et COMTE, 1928.)

Femme de 27 ans. Elle est soignée depuis deux ans pour un syndrome faisant penser à de l'appendicite chronique : douleurs abdo-

minales, vagues sans crise véritable, constipation habituelle, céphalée postprandiale avec nausées, et souffre au coît.

L'examen confirme l'hypothèse d'appendicite chronique. En effet, la palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse et révèle l'existence d'une masse mobile, du volume d'une prune, sur la nature exacte de laquelle on ne peut se prononcer (cæcum, ovaire droit ?). En outre, l'utérus semble asymétrique et porte un petit noyau sur la corne droite (fibrome, adénomyome ?). Un deuxième examen, pratiqué dix jours plus tard, après l'évacuation intestinale, confirme les données recueillies la première fois. On décide d'intervenir pour enlever l'appendice et de pratiquer une incision de Pfannenstiel pour vérifier l'appareil génital.

Intervention le 31 janvier 1927. On trouve :

1° Péricolite membraneuse à point de départ cæco-appendiculaire. Des voiles finement vasculaires et nettement délimités engainent et immobilisent le cæcum et le côlon ascendant. On les sectionne, on les résèque. Le cæcum semble alors libéré et retrouve sa forme. Appendicectomie.

2° L'utérus est sain, il est antéfléchi, et cette antéflexion exagérée donnait vraisemblablement la sensation d'asymétrie, ayant fait croire à un noyau sur la corne droite. Les cornes et les ovaires sont sains. Il y a dans le Douglas un peu de liquide séreux. A la naissance du ligament rond gauche, sous le péritoine vésical, existe une greffe endométriale très nette, le péritoine est, à ce niveau, froncé, et au centre de la collerette ainsi formée sont plusieurs petites formations kystiques noirâtres qui truffent le péritoine et font une légère saillie. Le plus volumineux de ces kystes a les dimensions d'une grosse tête d'épingle en verre. Cinq à six plus petits l'entourent comme des satellites. On résèque pour l'examen histologique.

Examen histologique. — L'aspect, à la coupe, est caractéristique: Les kystes sont arrondis et remplis de petits caillots noirâtres. Au microscope, le stroma de la tumeur est composé de petits faisceaux musculaires lisses, coupés en tous sens et séparés entre eux par des bandes de collagène. Dans ce collagène serpentent de nombreux capillaires qui, pour la plupart, contiennent du sang et souvent des

polynucléaires; çà et là, dans le stroma, on voit des infiltrations leucocytaires qui, souvent, s'organisent en petits nodules lymphoïdes. En certains points il existe un œdème interstitiel, voire même des hémorragies assez localisées, avec, au pourtour, des cellules macrophagiques chargées de pigments ocres. Enfin, dans ce tissu de soutien conjonctivo-musculaire, s'isolent des kystes de toutes dimensions, de toutes formes, dont la lumière est en général vide. Ils sont bordés par des assises de cellules cylindriques. La rangée cellulaire repose sur une basale au-dessous de laquelle s'étend toujours une couche plus ou moins dense de stroma cytogène formant un véritable manchon continu ou discontinu qui sépare les microkystes du tissu fondamental.

III. — *Diagnostic.*

Nous avons vu, en étudiant la symptomatologie, que les adénomyomes intra-abdominaux du ligament rond n'ont pas de personnalité propre. Nous n'aurons jamais, en pratique, à en poser le diagnostic.

Mais nous pouvons avoir à faire celui de fibrome du ligament rond. Il est difficile, et rarement posé. Il n'est pourtant pas impossible.

Le fibrome du ligament rond étant indépendant de l'utérus, qui n'est modifié ni dans son volume, ni dans sa forme, le toucher vaginal doit faire éliminer de suite le diagnostic de tumeur de l'utérus. Mais il peut être impossible de dire où se trouve placé le corps de l'utérus par rapport à la tumeur. On croira alors à un fibrome utérin. Le diagnostic sera fait à l'opération. (Docteur Petit, de Niort.)

L'indépendance de l'utérus, constatée, permet d'affirmer l'origine annexielle de la tumeur.

Un pyosalpinx ne ressemble guère à un fibrome, et pourtant l'erreur a pu être faite par Bohler, par suite de l'existence d'une blennorragie antérieure. Il existait d'ailleurs en même temps deux petits hydrosalpinx.

En pratique, il s'agit surtout de distinguer le fibrome du

ligament rond d'une tumeur de l'ovaire, et en particulier d'un kyste dermoïde. C'est l'erreur le plus souvent commise.

Les tumeurs de l'ovaire refoulent l'utérus en bas et en avant. Kuster a fait du refoulement en bas et en arrière de l'utérus, comme c'est le cas dans les tumeurs du ligament rond, un signe diagnostique de kyste dermoïde de l'ovaire. La valeur de ce signe est contestable. D'ailleurs, les tumeurs dermoïdes ont une consistance plus irrégulière, plus fluctuante, et elles se développent à un autre âge.

Quant aux tumeurs malignes de l'ovaire, elles provoquent de l'ascite, ce qui n'a jamais été observé pour les fibromes du ligament rond.

En résumé, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur solide pelvienne, indépendante de l'utérus, emplissant un cul-de-sac (en général le droit) faisant saillie dans le cul-de-sac antérieur; lorsque l'utérus est refoulé en bas et en arrière, qu'il n'y a pas d'ascite; lorsque la tumeur est assez mobile, on pourra poser fermement le diagnostic de fibrome du ligament rond si on provoque du tiraillement dans la région inguinale en essayant de mobiliser la masse.

IV. — *Pronostic.*

Les fibromes intra-abdominaux peuvent acquérir un volume considérable. Ils entraînent alors par leur masse des compressions pelviennes. Ils gênent la miction, la défécation. Ils compriment les nerfs du pelvis, entraînant des phénomènes douloureux très pénibles. On n'a jamais constaté de paralysies.

Leur irrigation étant défectueuse, ils peuvent subir une dégénérescence hémorragique, entraînant des accidents aigus.

A volume égal, ils altèrent plus la santé que les tumeurs analogues de l'utérus. Donc, malgré leur évolution lente, le pronostic est sérieux et l'indication d'opérer formelle.

Lorsque, au cours d'une opération, on trouvera un adénomyome du ligament rond, il sera aussi indiqué de l'enlever,

car, s'il ne met pas en danger la vie de la femme, il n'en est pas moins gênant par les troubles généraux qu'il provoque et les douleurs dont il est la cause au moment des règles.

V. — *Traitement.*

L'extirpation convient seule pour ces sortes de tumeurs. La laparotomie sera de règle. Elle donnera accès sur la tumeur, qui sera isolée après ligature de son pédicule. Elle sera enlevée exactement comme on enlève une tumeur annexielle : salpyngite kystique, fibrome ou kyste de l'ovaire.

L'opération sera parfois singulièrement compliquée par les adhérences qu'a contractées la tumeur, et qu'il faudra libérer une à une.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs du ligament rond étaient relativement rares, mais elles prennent une importance de plus en plus grande en pathologie, si l'on considère le grand nombre de cas publiés dans ces dernières années.

II. — Leur étiologie est encore obscure, et il nous semble difficile de nous prononcer à ce sujet, dans l'état actuel de nos connaissances.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, elles ne diffèrent en rien des tumeurs que l'on peut rencontrer sur les autres parties du tractus génital. En ce qui concerne les adénomyomes en particulier, leur analogie de structure avec les adénomyomes de l'utérus ou des trompes nous amène à rejeter la théorie de l'origine wolffienne de ces tumeurs.

IV. — La symptomatologie des tumeurs du ligament rond est assez complète pour permettre d'en faire le diagnostic.

V. — Le pronostic est, en général, bénin; mais ces tumeurs doivent être toujours extirpées dès que le diagnostic est posé, et examinées histologiquement, dans la crainte d'une transformation maligne ultérieure.

VI. — La radiothérapie postopératoire peut, dans ces cas, compléter utilement l'exérèse chirurgicale.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 21 juillet 1933.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Volumineux fibrome intra-abdominal du ligament rond. *Rev. de chir.*, 1910, t. 44, p. 306.
- AMAN-JEAN. — Fibromyome du ligament rond. *Ann. d'anat. pathol.*, 1930, t. 7, p. 502.
- ARTUSIE. — Pathogénie des productions adénomyomateuses de l'appareil génital de la femme. *Arch. f. Gyn.*, 1923, CXXIII, fasc. 1, p. 114.
- ASCHOFF. — Cystische adenofibrom der leistengegend. *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, t. 9, p. 25.
- AUMOINE. — Thèse Paris, 1876.
- BEURNIER. — Ligaments ronds de l'utérus. Thèse Paris, 1886.
- BIREAUD. — Essai sur les fibromes de la paroi abdominale antérieure. Thèse Bordeaux, 1895.
- BLUHM (A.). — Zur pathologie des ligamentum rotundum uteri. *Arch. f. Gyn.*, 1898, t. 53, p. 647.
- BLUMER. — A case of adenomyoma of the round ligament. *The amer. journ. of obst. and gyn.*, 1898, t. 37, p. 37.
- BOCK. — Lipome de la grande lèvre. *Gaz. de gyn.*, Paris, 1888, t. 3, p. 214.
- BOHLER. — Tumeur du ligament rond. *Bull. et mém. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930, t. 19, p. 447.
- BOUCHET (P.). — Tumeur du ligament rond. Formations épithéliales. *Soc. anat. de Paris*, 1904, p. 205.
- BRADY. — Fibrome de la vulve contenant un kyste épidermoïde. *Arch. of surg.*, t. 19, p. 1061.
- BRAINE. — Kyste du canal de Nüek. *Soc. anat. de Paris*, 1919, p. 394.
- BRANCA. — Traité d'histologie.

- CHEVASSU. — Un glomérule rénal dans un adéno-fibrome de la portion extra-abdominale du ligament rond. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1910, p. 139.
- Les tumeurs wolffiennes du ligament rond. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1910, t. 14, p. 537.
- CLAISSE. — Fibromyome de la portion abdominale du ligament rond. *Ann. de gyn.*, 1900, et *Soc. anat. de Paris*, 1900.
- COLLOCA. — Sopra un caso di adenomyoma del ligamento rotondo. *La Gynecologia*, 1908, p. 727.
- CORNIL. — Manuel d'histologie pathologique.
- CROUSSE et ANCIAUX. — Un cas d'endométriome du ligament rond. *Bruxelles médical*, 1930, p. 206.
- CULLEN. — Adenomyoma of the round ligament. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, mai 1896 et juin 1898.
- The distribution of adenomyomata containing uterine mucosa. *Amer. journ. of obst. and gynec.*, 1930, p. 130.
- DAMBRIN et BERNARDBEIG. — Fibromyomes de la portion intra-abdominale des ligaments ronds. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1921, t. 10, p. 781.
- DELBET et HERESCO. — Des fibromyomes de la portion abdominale du ligament rond. *Rev. de chir.*, 1896, t. 16, p. 607.
- DE PAOLI. — Contributo alla pathologia del ligamento rotondo. Un caso di Fibromioadenomyoma. *Arch. ital. de gyn.*, 1903, p. 24.
- DESNIER. — Thèse Paris, 1904.
- DOORMAN. — En tumor van Hetligamentum rotundum. *Nederl. Tijdsch. van Verloosk en Gynec.*; Haarlem., 1891, t. 3, p. 165.
- DORST. — Timoren des ligamentum rotundum Uteri. *Inaug. Dissert.*, Leiden, 1891.
- DUBAR. — Carcinome muqueux développé dans le canal inguinal du côté droit chez une femme de 29 ans. Extirpation. Guérison. *Bull. méd. du Nord*, 1890, p. 607.
- DUNCAN. — Fibrom tumour of the round ligament. *Edimbourg Journ. of med. science*, 1875, et *Bull. de la Soc. d'accouchement d'Edimbourg*, 1876.

- DUCUING. — Lipomes purs symétriques congénitaux des ligaments ronds. Essai de pathogénie. *Gyn. et Obst.*, Paris, 1920, p. 81.
- DUPLAY (S.). — Contribution à l'étude des tumeurs du ligament rond. *Arch. gén. de méd.*, 1882, p. 157.
- DUPLAY (L.). — Des collections séreuses et hydatiques de l'aîne, Paris, 1865.
- DURAND. — Fibromyome œdémateux remanié du ligament rond. *Gyn. et Obst.*, 1920, t. 2, p. 123.
- EINAUDI. — Contribution à l'étude des tumeurs du ligament rond. *Arch. ital., di chir.*, 1930, t. 25, p. 394.
- ENGELHARDT. — Noch ein fall von adenomyome des ligamentum rotundum uteri. *Wirchows Archiv*, 1899, t. 158, p. 556.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale. éd. 1914, p. 1068.
- FERRAN. — Fibrosarcome du ligament rond. *Bull. de la Soc. de chir. de Marseille*, janv. 1928.
- GUEULETTE. — Epithélioma wolffien du ligament rond. *Soc. anat. de Paris*, 1924, t. 44, p. 494.
- GUINARD. — Tumeurs extra-péritonéales du ligament rond. *Rev. de chir.*, 1898, p. 63, 131, 239.
- GUYOT, CHAVANNAZ (J.), DAGROUA. — Ganglion inflammatoire du ligament rond au cours d'une annexite bilatérale. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1924, t. 54, p. 282.
- HAMANT et BOLARD. — Un cas de sarcome du ligament rond. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, avril 1932, p. 2, 297.
- HECKER. — Myome du ligament rond. *Inaug. Dissert.*, Leipzig, 1882.
- HERTWIG. — Précis d'embryologie de l'homme et des vertèbres. Trad. MERCIER, 1906.
- HEYDEMANN. — Des fibromyomes du ligament rond. *Deutsch. Zeitschr. für Chir.*, 1895, t. 41, p. 425.
- HICKEL. — Tumeur wolffienne du ligament rond extra-péritonéale. *Soc. anat. de Paris*, 1923, t. 43, p. 299.
- HOFMOLK. — *Allg. Wien. Med. Zeitung*, 1882, n° 44.
- KING. — The clinical symptoms of pelvic adenomyoma. *The British med. journ.*, sept. 1924.

- KLEINWACHTER. — *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1882, t. 8, p. 181.
- KOSSMANN. — Die abstammung der drusen einschtlisse in dem adenomyomen des uterus und der tuben. *Arch. f. Gyn.*, 1897, t. 104, p. 359.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU (F.). — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 3^e éd., 1904, p. 1085.
- LAUCHE. — Die extra-genitalen heterotopen... *Wirchows Archiv*, t. 243, p. 298, 1923, et 1924, t. 252, p. 39.
- LECÈNE. — Les adénomyomes de la portion inguinale du ligament rond. *Ann. de gyn.*, 1909.
- LEONOFF. — Thèse Montpellier, 1910.
- LÉOPOLD. — Betr. zur lehre von den cysten. *Arch. f. Gyn.*, 1880, t. 26, p. 402.
- MEYER (R.). — Über drysen cysten und adenom in myometrium bei erwachssennen. *Zeitschr. f. Gyn.*, 1900, t. 43, p. 357.
- MICHON et COMTE. — Les théories pathogéniques de l'adénomyomatose. *Gyn. et Obst.*, 1925, t. 14, p. 298.
- Les endométrïomes ou adénomyomes du ligament rond. *Journ. de chir.*, 1928, t. 31, p. 182.
- MOCQUOT (P.). — *Pratique médico-chirurgicale*, t. 5, p. 314.
- MONNIER. — Thèse Lausanne, 1922.
- MORESTIN. — *Soc. anat. Paris*, 1904.
- NATHAM. — Contribution à l'étude de l'adénomyome et de l'adénomyose de la femme. Thèse Paris, 1929.
- NICOLAYSEN. — Cité par SANGER, *Arch. f. Gyn.*, 1883, t. 21, p. 299, et 1884, t. 24, p. 1.
- PALETTA. — *Actes de l'Institut italien*, t. I, p. 401.
- PETIT (J.). — Fibrome intra-péritonéal du ligament rond gauche. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, séance du 4 mai 1932.
- PFANNENSTIEL. — Über die adenomyome des genitalstranges. *Verh. der Deutschen Gesel. für Gyn.*, VI^e Congrès, Leipzig, 1897, p. 195.
- POIRIER. — *Traité d'anatomie*.
- POLAILLON. — Enorme fibrome du ligament rond. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, t. 17, p. 551.

- POLLAZO et SAMARTINO. — Un cas d'endométriome à localisations multiples : ovaires, utérus, vagin, paramètre, ligament rond. *La prensa medica argentina*, 1930, t. 16, p. 1679.
- POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, éd. 1907, t. 2, p. 1051.
- Eléments d'anatomie et de physiologie génitale et obstétricale.
- REBOUL. — Fibromyome kystique du ligament rond et du canal de Nück. *Soc. anat. Paris*, 1888, p. 747.
- RECKLINGHAUSEN. — Communication à la Société des sciences naturelles et médicales de Strasbourg, déc. 1898. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1899, n° 1, p. 16.
- Die adenomyome und cystadenome des uterus und der tubenwandungen : irhe abkunft von resten des wolffschen körpers, Berlin, 1896.
- Adenom des ligamentum rotundum. *Centralbl. f. allgem. pathol. und pathol. anat.*, 1896, p. 862.
- RIEFFEL. — Anatomie de l'appareil génital de la femme. In POIRIER.
- ROSINKI. — Lymphangiectatische adenomyome des ligamentum rotundum sinistrum. *Inaug. Dissert.*, Tubingen, 1909.
- ROUSTAN. — Tumeurs du ligament rond. Deux cas personnels. *Montpellier médical*, 1884, 2^e série, t. 2, p. 101.
- SAMPSON. — The escape of foreign material from the uterine cavity into the uterine veins. *Amer. journ. of. obst. and gyn.*, 1918, p. 161.
- Inguinal endometriosis. *Amer. journ. of. obst. and Gyn.*, 1925, p. 462.
- Endométriome d'un sac de hernie inguinale droite associé à une endométriose pelvi-péritonéale et à un kyste endométrial de l'ovaire. *Amer. journ. of obst. and. gyn.*, 1926.
- SANGER. — Nouvelle contribution à l'étude des tumeurs conjonctives des ligaments de l'utérus et principalement des tumeurs du ligament rond. *Arch. f. gyn.*, 1883, t. 21, p. 278, et 1884, t. 24, p. 1.
- SCHICKELE. — Les endométriomes du péritoine pelvien, de l'ovaire, et du tissu paravaginal. *Soc. anat. Paris*, 1923, p. 601.

- SCHMITZ. — Ectopie de la muqueuse utérine dans l'ovaire et le canal inguinal. *Amer. journ. of obst. and gyn.*, 1927, p. 705.
- SÉNÉCHAL. — Fibrome kystique du ligament rond. *Soc. anat. de Paris*, 1912.
- SILVA. — Contributo alla diagnostica del fibromiomi del ligamento rotondo. *Ann. di Ostet.*, 1930, t. 52, p. 211.
- SPENCER WELLS. — *British med. journ.*, 4 nov. 1865.
- STEICHELE. — Über die heterotopen enden-endometrioi den Wucherungen : fibroadenosis. *Münch. med. Wochenschr.*, 1925, p. 2141.
- STEWART. — Tumeur endométriale de la grande lèvre droite. *Surg., Gyn., and Obst.*, 1927, t. 44, p. 637.
- SZILI. — Ein fall von adenofibrome des ligamentum rotundum. *Monatschr. f. Geb. und. Gyn.*, 1902, t. 16, p. 979.
- TAUSSIG. — Sarcoma of the round ligament of the uterus. *Surg., Gyn. and Obst.*, 1914, t. 19, p. 218.
- TEMOIN et BESSON. — Epithélioma du ligament rond à marche lente simulant un névrome de la région génito-crurale. *Ann. méd. et chir. du Centre*, 1904, p. 431.
- TESTUT. — Traité d'anatomie descriptive.
- TOURNEUX. — Tumeur du ligament rond. *Toulouse médical*, 1930, p. 554.
- BÉGOUIN et PAPIN. — Traité de pathologie externe (9 agrégés), Paris.
- VASSEUR. — Thèse Lille, 1894.
- VIENNE. — Contribution à l'étude des tumeurs du ligament rond. Thèse Paris, 1926.
- VIOLET et MICHON. — Les adénomyomes de l'utérus et des ovaires. *Gyn. et Obst.*, 1925, p. 403.
- WALTHER. — Fibromyxome du ligament rond. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1914, t. 3, p. 486.
- WINCKEL. — Pathol. der. Weibel. sexual organ., 1889.
- WITTE. — Gesellsch. für Geb. und Gyn. zu Berlin, 22 juin 1894.

